



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第31号

平成17年7月



劇薬・指定医薬品 / 非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ロルカム錠 2mg / 4mg

ロルノキシカム製剤 薬価基準収載

【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

- 消化性潰瘍のある患者（ただし、「慎重投与」の項参照）
- 重篤な血液の異常のある患者
- 重篤な肝障害のある患者
- 重篤な腎障害のある患者
- 重篤な心機能不全のある患者
- 重篤な高血圧症のある患者
- 本剤の成分に対して過敏症のある患者
- アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者
- 妊娠末期の婦人

【効能・効果、用法・用量】

効能・効果	用法・用量
○下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛 慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎	通常、成人にはロルノキシカムとして1回4mgを1日3回食後に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日18mgを限度とする。
○手術後、外傷後及び抜歯後の消炎・鎮痛	通常、成人にはロルノキシカムとして1回8mgを頓用する。ただし、1回量は8mgまで、1日量は24mgまで、投与期間は3日までを限度とする。また、空腹時の投与は避けることが望ましい。

用法・用量に関連する使用上の注意 手術後、外傷後及び抜歯後の消炎・鎮痛に用いる場合、1回8mg、1日24mg及び3日間を超えて、投与された経験はなく、安全性は確立されていないので、用法・用量を遵守すること。

【使用上の注意】

- 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）**
 - 消化性潰瘍の既往歴のある患者
 - 非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与による消化性潰瘍のある患者で、本剤の長期投与が必要であり、かつミソプロストールによる治療が行われている患者
 - 血液の異常又はその既往歴のある患者
 - 肝障害又はその既往歴のある患者
 - 腎障害又はその既往歴のある患者
 - 心機能障害のある患者
 - 高血圧症のある患者
 - 過敏症の既往歴のある患者
 - 気管支喘息の患者
 - 高齢者
 - 小児等
- 重要な基本的注意**
 - 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。
 - 慢性疾患（慢性関節リウマチ、変形性関節症等）に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。
 - 長期投与する場合には定期的に臨床検査（尿検査、血液検査及び肝機能検査等）を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。
 - 薬物療法以外の療法も考慮すること。
 - 急性疾患に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。
 - 急性炎症及び疼痛の程度を考慮し、投与すること。
 - 原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。
 - 原因療法があればこれを行うこと。
 - 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。
 - 感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染症を合併している患者に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
 - 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。
 - 高齢者及び小児等には副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。
- 相互作用**

本剤は、主として肝代謝酵素CYP2C9で代謝される。

併用注意（併用に注意すること）

ジゴキシン、クマリン系抗凝血剤〔ワルファリン等〕、スルホニル尿素系血糖降下剤〔トルブタミド等〕、リチウム製剤〔炭酸リチウム〕、メトトレキサート製剤〔メトトレキサート〕、ループ利尿剤〔フロセミド等〕、チアジド系利尿剤〔ヒドロクロロチアジド等〕、アンジオテンシン変換酵素阻害剤〔エナラプリル等〕
- 副作用**

国内において総症例2,017例中282例（14.0%）392件の副作用が認められた。消化器系の副作用は191例（9.5%）に認められ、その主なものは、腹痛94件、腹部不快感37件、嘔気31件であった。肝臓系の副作用（肝機能異常、肝機能検査異常）は17例（0.8%）に認められた。その他の主な副作用としては、発疹24件であった。【承認時】

 - 重大な副作用**
 - 消化性潰瘍（穿孔を伴うことがある）**：消化性潰瘍（0.4%）があらわれることがあり、穿孔に至る場合もある（頻度不明）ので、観察を十分に行い、異常（腹痛、嘔吐、吐血・下血等を伴う胃腸出血）が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - ショック、アナフィラキシー様症状（いずれも頻度不明）**：ショック、アナフィラキシー様症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常（蕁麻疹、潮紅、浮腫、呼吸困難、血圧低下等）が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 血小板減少（頻度不明）**：血小板減少があらわれることがあるので、血液検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）（頻度不明）**：皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 急性腎不全（頻度不明）**：急性腎不全があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常（浮腫、乏尿、血尿、尿蛋白、BUN・血中クレアチニン上昇、低アルブミン血症等）が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 肝機能障害、黄疸（頻度不明）**：AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GTP、ALP上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 重大な副作用（類薬）**

他のオキシカム系消炎鎮痛剤で、以下のような副作用があらわれるとの報告がある。異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

 - 再生不良性貧血、無顆粒球症、骨髄機能抑制
 - ネフローゼ症候群
 - 中毒性表皮壊死症（Lyell症候群）

※詳細につきましては製品添付文書をご参照ください。

発売【資料請求先】
大正富山医薬品株式会社
 〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1
 製造販売
大正製薬株式会社
 〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

目 次

巻頭言	背中・・・・・・・・・・・・・・・・・・松矢浩司・・・・・・	1
浪速の整形外科医	PTSDに思う・・・・・・・・・・・・・・・・小野村敏信・・・・・・	2
OCOA 総会の報告	第29回大阪臨床整形外科医会総会・・・・・・・・・・・・・・・・	4
JCOA 研修会報告	第31回 JCOA 研修会 「北の大地研修会」の親睦ゴルフ大会に参加して・・島田永和・・・・・・	20
	《“北の大地”研修会》オプションツアー 登別温泉コースに参加して・・・・・・・・・・服部良治・・・・・・	22
	第31回研修会（北海道）「ギリガンズアイランド」フレンチコース ザ・ウィンザーホテル洞爺（一泊二日に参加して）・・・・孫 瑠権・・・・・・	24
	層雲峡温泉 北海道の尾根コース（1泊2日）・・・・伊藤成幸・・・・・・	25
	2004年研修会 札幌報告・・・・・・・・・・・・・・・・栗本一孝・・・・・・	28
	小樽運河散策ツアー・・・・・・・・・・・・・・・・須藤容章・・・・・・	29
	北の大地研修会オプションツアー 「ミクニサッポロ」と千歳インデアン水車・・・・古賀教一郎・・・・・・	30
	北の大地研修会の懇親会に出席して・・・・・・・・・・坂本徳成・・・・・・	33
	第31回 JCOA 研修会（北海道）文化講演会 演題「男女の機微」講師 渡辺淳一先生・・・・・・・・長田 明・・・・・・	35
OCOA 研修会報告	半月板損傷の治療とその問題点・・・・・・・・・・井上雅裕・・・・・・	37
	関節炎はなぜ慢性化するか？・・・・・・・・・・後藤 眞・・・・・・	40
	関節リウマチにおける TNF- α 療法・・・・・・・・・・竹内 勤・・・・・・	48
	人工関節手術におけるナビゲーションとロボット支援手術 ・・・・・・・・・・・・・・・・菅野伸彦・・・・・・	52
	スポーツ科学からみた変形性膝関節症・・・・・・・・三浦裕正・・・・・・	55
	転移性骨腫瘍に対する整形外科的治療・・・・・・・・青木康彰・・・・・・	58
	腰部脊柱管狭窄症の病態と治療法の選択・・・・・・・・永田見生・・・・・・	62
	関節リウマチ診断治療における新たな検査マーカー・・菊池 啓・・・・・・	64
	内視鏡視下脊椎後方手術の課題と展望・・・・・・・・吉田宗人・・・・・・	68
	骨折に対する手術法の選択 内固定 VS 創外固定・・・・坂中秀樹・・・・・・	71
	「関節リウマチ」の薬物療法と足部の治療 －当院における最近の成績から－・・・・・・・・大脇 肇・・・・・・	73
	人工股関節置換術におけるクリニカルパス －リハビリテーション医の立場からの再検討－・・菅 俊光・・・・・・	77
	関節リウマチに対する EBM に基づく外科的治療について ・・・・・・・・・・・・・・・・菅本一臣・・・・・・	83
	痛みのメカニズムと治療・・・・・・・・・・南 敏明・・・・・・	88
	肩肘スポーツ障害の超音波診断 Ultrasonographic evaluation of the suports injury of the shoulder and the elbow・・・・・・・・杉本勝正・・・・・・	90
	ペースト型骨補填材と骨折治療・・・・・・・・・・斉藤正伸・・・・・・	94
	胸郭出口症候群の診断と治療 －肩こりの運動療法－・・・・・・・・・・山鹿眞紀夫・・・・・・	97
	変形性膝関節症に対する私の治療・・・・・・・・・・辻本晴俊・・・・・・	100
	コンタクトスポーツが及ぼす骨関節脊椎への影響・・・・中川泰彰・・・・・・	102
	関節リウマチ薬物療法の新展開 －新たなゴールを求めて・・・・・・・・・・山中 寿・・・・・・	104

症例検討会	第 27・28 回大阪整形外科症例検討会報告	106
紙上勉強会	第 17 回 JCOA 学会 (茨城) に参加して 前野岳敏	113
	大阪府医師会単科医会の広報誌及び日医ニュースを通読して 阪本邦雄	115
	現代医学と漢方の併用療法について 須藤容章	117
JOA 委員会報告	第 17 回日整会専門医試験に参加して 早石雅宥	119
骨と関節の日 in 大阪	平成 16 年度「運動器の 10 年・骨と関節の日・大阪」 . . 黒田晃司	121
	運動器疾患 / 骨・関節フォーラム 大阪会場 小林正之、栗本一孝	123
	インフォームドコンセントと医療過誤 白川貴浩	125
	JOA 総会にて 黒田晃司	126
JOA 総会報告	. . . . .	128
新入会員の紹介	. . . . .	136
新理事自己紹介	. . . . .	138
厚生部報告	第 39 回 OCOA 春季ゴルフコンペ	138
	第 40 回 OCOA 秋季ゴルフコンペ	139
私の提言	偽装交通事故による損害賠償保険詐欺事件に関して、医療担当者 逮捕に及んだ大手損保会社と警察の癒着の構造 . . . 小泉昌久	140
	IT・メールは楽しくて便利です!! 岸本成人	142
私の傑作	滋賀県坊村にて 石川正士	143
	彫塑 多賀の浜 石上 直	144
	. . . . . 丹羽雅子	145
	. . . . . 三橋允子	146
	N 嬢 小瀬弘一	147
	シュミートガッセ 石澤命徳	148
	. . . . . 福西睦子	149
私の趣味	. . . . .	150
随想	和医大山岳部 OB 登山記 河合長兵衛	157
OCOA 理事会・総会議事録	. . . . .	159
会員名簿補遺	. . . . .	176
編集後記	. . . . .	177

協 賛 廣 告 一 覧 表

大正富山医薬品株式会社	表 2	大脇薬品工業株式会社	191
参天製薬株式会社	181	中外製薬株式会社	191
大日本製薬株式会社	182	株式会社ツムラ	192
帝人ファーマ株式会社	183	テイコクメディックス株式会社	192
エーザイ株式会社	184	土井義肢製作所	193
小野薬品工業株式会社	184	日本臓器製薬株式会社	193
大塚製薬株式会社	185	株式会社日本メディックス	194
アポットジャパン株式会社	185	ノバルティスファーマ株式会社	194
科研製薬株式会社	186	万有製薬株式会社	195
キリンビール株式会社	186	久光製薬株式会社	195
株式会社三和化学研究所	187	藤本製薬株式会社	196
アステラス製薬株式会社	187	ファイザー株式会社	196
三共株式会社	188	マルホ株式会社	197
シオノギ製薬株式会社	188	三菱ウェルファーマ株式会社	197
住友製薬株式会社	189	ワイス株式会社	198
田辺製薬株式会社	189	大曾印刷株式会社	198
第一製薬株式会社	190	旭化成ファーマ株式会社	表 3
武田薬品工業株式会社	190		

背 中

OCAO 会長 松 矢 浩 司

私は、父のガッチリした背中に誇りを感じ、尊敬していた。

妻の父親は、清潔で誠実な誇りを持った医師らしい背中をされていました。息子や娘が医師をめざしてくれたのも、祖父の背中に憧れを感じたところが大きかったと思っている。

私の周りには、多種多様な職種の方々がおられ、それぞれ個性のある背中をされている。

私が、魅力的な背中と感じている知人の中に、ホテルの総支配人がいる。エリザベス女王をはじめ、各国の要人と握手を交わされている写真も立派だが、ホテルの職員との話し方接し方、私と小声で話す時の話し方、頼まれ事の処理の仕方等どれをとっても一流で、気配り、心くばりの行き届いた人柄が滲みでており、終生その背中を範として行きたいと思っている。



以前は、医学部や医科大学も少なく科目も少なかった。当然教授も少なく存在感のある背中をされていた。今は科目も細分化され、やたらと長い肩書きを持った教授が多数おられ、色々な背中をされている。

今の病院長はどうであろうか。病床数に応じ医師何人、看護師何人を充たさなければならぬと決められ、平均在院日数 17 日を切らなければ医療収入が確保出来ず、経営が成り立たなくなっている。医療事故を起こせばテレビの前で頭を下げなければならない。個人情報保護法にも対応しなければならない。昔ほど威厳を感じない背中をされている。

整形外科開業医はどうであろうか。日本医師会で理事として会長のプレーンに成る程余裕のある先生も居ない。柔整師や鍼灸師等の医療周辺問題に頭を悩ますも、政治力に負け、その横暴に打つ手を見出せない。日本整形外科学会、教授、医師会や内科をはじめとする他科の先生の理解も得られない。研修会を開いても 10 年前、20 年前と比べ服装からして軽くなっている。その後の情報交換会も、テーブルを囲んで世知辛い話を多く耳にするようになった。

このままでは、整形外科開業医である親父の背中を見て、医師を志す子弟も少なくなるであろう。まして整形外科を専攻してくれる息子や娘はもっと少なくなるであろう。

医院継承で頭を抱えられる先生も多くなるであろう。

年相応に、子供に好かれる親父の背中でありたいものである。

PTSDに思う

大阪医科大学名誉教授 小野村 敏信

21世紀が始まってまだ間がないのに、新しい100年に希望をもたせる話題は少なく、一番の焦眉の急と思われる炭酸ガス濃度の上昇に代表される地球環境破壊の問題は脇に置かれたままであり、国際的、政治的な緊張の高まりだけは続いている。幸いわが国では政治や宗教に根ざしたテロの攻撃は未だ受けていないものの、地震や水害などの天災、性格異常に起因すると思われる凶悪犯罪、仕事の上での無責任や不注意の積み重ねによる大きな事故などがあとを絶たない。

このような大きな事故や災害・・われわれの周囲の出来事でいえば、阪神大震災、池田小学校の児童殺傷事件、近くは福知山線の脱線事故など・・が起これると、しばらくしてマスコミに必ず登場するのがPTSD（外傷後ストレス障害 Post-Traumatic Stress Disorder）の問題であり、いまではこれは常識語の一つとなっている。今回の脱線事故でも早速調査が行なわれ、列車の乗客、被害者の家族、被害にあったマンションの居住者、事故の目撃者のなかに、事故が再発する夢を見る、電車を見ると恐くて乗れない、自分だけが助かって亡くなった人に申訳がないなどの感情を引きずっていることが稀ではなく、悲しみ、不眠、いらだち、集中困難などが続いているという。ここまでは私にも理解できる。しかしそのことを根拠に、それらの人たちに対する心のケアの重要性が強調され、きめ細かな対応をするためにカウンセリングの窓口を作るという自治体やNPOの反応に、いささか首を傾げるのは私だけなのだろうか。

まず、このようなアフタケアのなかった時代に、災害の経験はそれぞれの個人あるいは社会に一体何を残したのだろうかということが問題である。なにかというとすぐに古い話



を持ち出したがる老人の悪癖に目をつぶっていただくとして、たとえば戦争体験のことがある。私には戦場体験はないが、ほとんど連日連夜にわたる空襲体験があり、昭和20年3月の大阪大空襲では私も二人の肉親を失い、翌日の大阪の町にはいたるところに焼死体が並べられていた。老若男女を含めて何百万かの大阪市民は、同じように心身に大きな衝撃を受けたことは間違いないが、そのトラウマはどう処理されたのか。結局は個人の心の中で消化されて、それに続く生き方をきめる上での貴重な経験へと、時間をかけて転化していったに違いない。百人百様であっても、個人で受けとめる以外にはない問題であるといえるのではないか。それに対して現在は、精神的ダメージ、心のケアの必要性、カウンセリングをどうするか、というパターン化した一連の流れが、あまりにも安易に持出されすぎていないかというのが気掛かりである。その形の対応がどれほどの効果があったかという報告はあまり目にしたことはなく、有効性のエヴィデンスは不明のまま繰り返されている。

前提として、ここ数十年の間に苦勞というもののとらえ方が変化してきたことがあると思う。以前は何事かを成し遂げようとすれば

苦勞のあるのが当たり前で、七転び八起き、苦あれば楽あり、忍耐、辛抱第一などが生きてゆく上での基本的な心得であり、私も若い人にわたす色紙によく“Durch Leiden zur Freude”と書いたものである。しかし現在は苦勞をいかに避けるか、いかにして脱出するかということのみが急がれ、貴重な経験として個人が受けとめるということではないようである。要するに苦勞は克服目標ではなく、回避目標となっているような気がする。

考えてみれば、苦しいことや辛いことはあえて求めるべきものではなく、何かをしようとするときには、いかに苦勞少なく行なうかを考えるのが合理的というものであろう。しかしこれと、苦勞を避けるために目標を安易なところに設定するということとは、まったく違うはずである。

このようなことをここに書く理由として、先日経験したちょっとした出来事をお話しておきたい。求められて某大学の医学生二人と夕食をしながら話をした。彼らは将来どの科に進むかについてのアドバイスが欲しかったらしい。最初にどんなことを将来に思い描いているのかを何気なく聞いたところ、答え

は単純明快、「夜中に起こされる科には行きません」。生きて行く目標を聞かれて「苦勞をしないこと」という返事はまったく予想外だったので、私は強烈なショックを受けた。そういえばいわゆる「しんどい」科である整形外科を含む外科系の志望者が減少の傾向にあり、これは日本だけではなく他のいくつかの先進国でも同じことが起こっていると聞いた。学生全部が同じではないとは思もの、苦勞少なく、楽しく、豊かに、が目標という世の中になったことを認めざるをえないのか。今はそういう時代であるということか。しかしこれでは日本のさきゆきがいささか心配になる。

私は子供の頃、周囲の大人たちから日露戦争の話をよく聞かされて、また古い話かと思った覚えがあるが、考えてみればそれは明治37、38年の戦争後せいぜい30年の頃であった。もはや60年以上前となった第二次大戦前後の話を引き合いにだしてあれこれいうのはさすがに恥ずかしいので控えるが、現在の指導者、先生方、親達に、ぜひ若い人たちに苦勞をいとわぬ、苦勞を受けとめる教育指導をしてほしいと思っている。

大阪府の花 うめ・さくらそう

うめ

2月から3月にかけて 紅白の清々しい花を咲かせます。古今和歌集に「難波津に咲くやこの花・・・」と詠まれるなど、大阪に ゆかりの深い花です。

さくらそう

11月から6月にかけて ピンクや白の可憐な花をつけます。原産地は日本、中国、欧州。府内では、金剛山麓に「クリンソウ」という 原生種が自生しています。



第 29 回大阪臨床整形外科医会定時総会

日時：平成 17 年 4 月 9 日（土）

会場：大正製薬株式会社 大阪支店 6 階ホール

第 29 回 大阪臨床整形外科医会定時総会 3:30~4:00pm

1. 開 会 栗本 一孝 副会長

2. 会長挨拶 松矢 浩司 会長

3. 議 事 議 長：堀木 篤 先生
副議長：佐藤 利行 先生

第 1 号議案 平成 16 年度庶務及び事業報告について承認を求める件
早石 雅宥 副会長

第 2 号議案 平成 16 年度収支決算について承認を求める件
森本 清一 会計担当理事

第 3 号議案 平成 17 年度事業計画について承認を求める件
早石 雅宥 副会長

第 4 号議案 平成 17 年度収支予算案について承認を求める件
森本 清一 会計担当理事

第 5 号議案 新理事承認の件 松矢 浩司 会長

4. 閉会宣言 小林 正之 副会長

《第1号議案》

平成16年度庶務及び事業

(1) 会員動態

平成16年4月1日 会員数 398名
顧問 6名
名誉会員 12名 計416名
平成17年4月1日 会員数 417名
顧問 6名
名誉会員 12名 計435名

平成17年3月1日までの入会者・退会者氏名

【新入会22名】三浦 光也、浦川 正人、永田 行男、加納 敬庸、石橋伊三郎
森下 忍、梁 裕昭、濱本 浩、川島 聡、杉山 友悦、
小川 政明、板金 寛昌、岩本 斗伸、波多野 泉、良原 公造、
河合大吾朗、陶山弘太郎、山本 康、安田 忠勲、政田 和洋、
長谷川 潔、小野興三郎（入会の順）

【退会者3名】北野 公造、武田 温裕、本田 盛貞

(2) 研修会

第1回(147回) 日時：H16. 4. 10(土) N・R・リ PM4:00～

会場：大正製薬(株)大阪支店(大正) 参加 62名

総司会 栗本 副会長

特別講演：「ヒアルロン酸の関節内注入療法について」

講師：近畿大学医学部整形外科 名誉教授 田中 清介 先生

座長：村上 白土 先生

第2回(148回) 日時：H16. 5. 29(土) N・S・リ・日医スポ PM4:00～

会場：ウエスティンホテル大阪(エーザイ) 参加 273名

総司会 澤田 理事

1) 演題：「人工関節手術におけるナビゲーションとロボット支援手術」

講師：大阪大学整形外科 講師 菅野 伸彦 先生

座長：右近 理事

2) 演題：「スポーツ科学からみた変形性膝関節症」

講師：九州大学病院 リハビリテーション部 助教授 三浦 裕正 先生

座長：広瀬 理事

第3回(149回) 日時：H16. 6. 26(土) N PM4:00～

会場：ホテル阪急インターナショナル(小野) 参加 278名

総司会 矢倉 理事

1) 演題「転移性骨腫瘍に対する整形外科的治療」

講師：姫路赤十字病院整形外科 部長 青木 康彰 先生

座長：中嶋 理事

2) 演題：「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療法の選択」

講師：久留米大学整形外科 教授 永田 見生 先生

座長：松矢 会長

第4回 (150回) 日時：H16. 7. 17 (土) N・R・リ PM 4：00～

会場：ウエスティンホテル大阪 (大塚製薬) 参加 163名

総合司会 斧出 理事

1) 演題：「関節リウマチ診断治療における新たな検査マーカー」

講師：近畿大学医学部堺病院整形外科 教授 菊池 啓 先生

座長：山本哲 理事

2) 演題：「後方進入脊椎内視鏡手術の課題と展望」

講師：和歌山県立医科大学整形外科 教授 吉田 宗人 先生

座長：田上 理事

第5回 (151回) 日時：H16. 8. 28 (土) N・S・日医スポ PM 4：00～

会場：ヒルトンホテル (旭化成) 参加 253名

総合司会：岸本 理事

1) 演題：「筋骨格系慢性疼痛の心とからだ～機能疼痛に対する心療内科的アプローチ～」

講師：日本大学医学部 内科学講座内科一 講師

日本大学板橋病院心療内科 科長 村上 正人 先生

座長：栗本 副会長

2) 演題：「舟状骨骨折の診断と治療 ～スポーツ外傷との関連を含めて～」

講師：大阪市立大学整形外科 助教授 香月 憲一 先生

座長：柴田 理事

第6回 (152回) 日時：H16. 9. 25 (土) N・R・リ PM 4：00～

会場：ヒルトンホテル (ベーリンガー・第一製薬) 参加 178名

1) 演題：「骨折に対する手術法の選択 (内固定 vs 創外固定)」

講師：清恵会病院整形外科 部長 坂中 秀樹 先生

座長：斧出 理事

2) 演題：「関節リウマチの薬物療法と足部の治療 ～当院における最近の成績から～」

講師：大阪厚生年金病院整形外科 部長 大脇 肇 先生

座長：早石 副会長

第7 (153回) 日時：H16. 10. 23 (土) PM 4：00～

会場：ヒルトンホテル (帝人) 参加 227名

総合司会：古瀬 理事

1) 演題：「人工股関節置換術におけるクリニカルパス

ーリハビリテーションの立場からの再検討ー」

講師：関西大学リハビリテーション科 講師 菅 俊光 先生

座長：矢倉 理事

2) 演題：「関節リウマチのEBMに基づく外科的治療」

講師：大阪大学応用医工学 助教授 菅本 一臣 先生

座長：三村 理事

第8 (154回) 日時：H16. 11. 13 (土) N・R・日医スポ PM 4：00～

会場：グランキューブ大阪 (久光) 参加 215名

総合司会：今井 理事

1) 演題：「痛みのメカニズムと治療」

講師：大阪医科大学麻酔科 教授 南 敏明 先生

座長：中川 理事

2) 演題：「肩肘スポーツ障害の超音波診断」

講師：名鉄病院整形外科 部長 杉本 勝正 先生

座長：小林 理事

第9回研修会（155回） 日時：H17. 1. 29（土）N・リハ PM4：00～

会場：全日空シェラトン（日本臓器） 参加 178名

総合司会：森 理事

1) 演題：「ペースト型骨補填材と骨折治療」

講師：大阪南医療センター整形外科 医長 齋藤 正伸 先生

座長：右近 理事

2) 演題：「胸郭出口症候群の診断と治療 一肩こりの運動療法一」

講師：熊本リハビリテーション院長 副院長 山鹿 真紀夫 先生

座長：栗本 副会長

第10回（156回） 日時：H17. 2. 12（土）PM4：00～

会場：ヒルトンホテル（科研）

総合司会：黒川 理事

1) 演題：「変形性膝関節症に対する私の治療」

講師：近畿大学医学部堺病院整形外科リハビリ科 助教授 辻本 晴俊 先生

座長：山本哲 理事

2) 演題：「コンタクトスポーツが及ぼす骨関節脊椎への影響」

講師：京都大学整形外科 講師 中川 泰彰 先生

座長：長嶋 理事

第11回（157回） 日時：H17. 3. 26（土）PM4：00～

会場：帝国ホテル大阪（武田）

総合司会：坂口 理事

1) 演題：「小児整形外科における外来診察のピットホール」

講師：大阪医科大学 藤原 憲太 先生

座長：中川 理事

2) 演題：「関節リウマチ薬物療法の新展開・新たなゴールを求めて」

講師：東京女子医大付属膠原病リウマチ痛風センター 教授 山中 寿 先生

座長：早石 副会長

(3) 平成16年度各種会議の開催及び出務状況

4月

10日（土） 大阪臨床整形外科医会総会（大正製薬ホール）参加62名
第一回（147回）OCAO研修会（大正製薬ホール）

17日（土） JCOA近畿ブロック（兵庫担当）

長田、澤田、松矢、早石、黒田、小林、吉川、栗本

28日（日） JCOA理事会（東京）長田、澤田

- 5月
- 16日 JCOA 代議員委員会・総会（東京）
長田、澤田、松矢、早石、黒田、小林、栗本
- 23日 第39回 OCOA ゴルフコンペ（北六甲カントリークラブ）16名参加
- 29日 OCOA 学術研修委員会
（右近、松矢、早石、栗本、小林、山本哲、斧出、長谷川）
第2回（148回）OCO A 研修会（ウエスティンホテル大阪）参加 273名
- 6月
- 5日（土） 第一回 OCOA 理事会（ニューオータニ）
- 12～13日 JCOA 学会（筑波）松矢、澤田
- 28日（土） 第3回（149回）OCO A 研修会（阪急インターナショナル）参加 278名
- 7月
- 2日（金） JOA 医療システム検討委員会（東京）長田
- 3日（土） JCOA 新旧役員引継ぎ委員会（東京）長田、松矢、澤田
- 4日（日） JCOA 理事会（東京）長田、澤田
- 10日（土） 大阪症例検討会（参天製薬ホール）早石、右近、吉田
- 17日（土） 第4回（150回）OCO A 研修会（ウエスティンホテル大阪）参加 163名
- 25日（日） JCOA 「骨と関節の日」委員会（東京 JCOA 事務局）黒田
- 8月
- 8日（日） JCOA 福祉委員会（東京）吉川
- 28日（土） 第5回（151回）OCO A 研修会（ヒルトンホテル）参加 253名
- 29日（日） 第2回社会保険委員会（東京）岩本
JCOA 理事会（東京）長田、澤田
JCOA 福祉委員会（東京）吉川
- 9月
- 2日（木） JOA 骨と関節の日の記者説明会（東京）長田
- 4日（土） 第二回 OCOA 理事会（スイスホテル）
- 5日（日） JCOA 学術研修専門医委員会（東京）右近、長田
- 11～12日 全国整形外科保険審査委員会会議（東京）
天野、岩本、上田、長田、石井、服部
- 12日（日） 高槻市民講座（高槻現代劇場）古賀、松矢、大島、小林、服部
- 25日（土） 第6回（152回）OCO A 研修会（ヒルトンホテル）参加 178名
- 26日（日） JCOA 会則等検討委員会（東京）澤田
- 10月
- 2日（土） 大阪府民公開講座（大阪府医師会館）
藤本、岸本、山口、小林、黒田、新田、松矢、森本
東住吉区民講座（東住吉区役所）天野、森、黒田、山本、広瀬
- 6日（水） 高石市民講座（アプラホール）広瀬、小嶋、黒田、山本、小林、長田
- 9～11日 JCOA 研修会（札幌）長田、松矢、丹羽、古賀、栗本
各県代表者会議（札幌）長田、澤田、松矢
- 17日（日） JCOA 医療システム委員会（東京）長田、澤田

- 20日(水) 日本整形外科学会(東京)
- 23日(土) OCOA 学術委員会 右近、松矢、早石、栗本、小松、長谷川、山本哲
第7回(153回) OCOA 研修会(ヒルトンホテル) 参加 227名
- 11月
- 6日(土) JCOA 近畿ブロック会(奈良担当菊水楼)
長田、澤田、松矢、早石、栗本、服部、森本、吉川、黒田、
小林、五島、福井
- 13日(土) 第8回 OCOA 研修会(グランキューブ大阪) 参加 215名
- 20日(土) 第一回経営セミナー(ホテルニューオオタニ) 参加 78名
- 21日(日) 第40回 OCOA ゴルフコンペ(北六甲カントリークラブ 西コース)
24名参加
- 23日(火) JCOA 混合診療問題討論会(東京) 長田、松矢、西川
- 26日(金) JOA 医療システム検討委員会(JOA 事務局) 長田、澤田
- 27日(土) JCOA 医療システム委員会(東京) 長田、松矢、西川、澤田
- 28日(日) JCOA 全国柔整審査委員会懇談会(東京) 長田、澤田、服部
- 12月
- 4日(土) 第3回 OCOA 理事会(ニューオータニ)
- 5日(日) JCOA 学術研修専門医委員会 長田、右近
- 11日(土) 運動器疾患/骨・関節のフォーラム(グランキューブ大阪)
栗本、小林、早石、福井、長田、坂本
- 12日(日) JCOA 理事会(東京) 澤田、長田
- 平成17年1月
- 16日(日) JCOA 会則検討委員会(東京) 澤田
「JCOA 骨と関節の日」委員会(東京 JCOA 事務局) 黒田
- 29日(土) 第9回(155回) OCOA 研修会(全日空シェラトン) 参加 178名
- 2月
- 11日(金) JCOA 医療システム委員会(東京) 長田、澤田
JOA、JCOA 合同医療システム委員会(東京) 長田、澤田
JOA 医療システム委員会(東京) 長田
- 12日(土) 第10回(156回) OCOA 研修会(ヒルトンホテル) 参加 278名
- 12~13日 東北ブロック会議(山形) 長田
- 20日(日) JCOA 理事会(東京) 澤田、長田
- 26日(土) 大阪症例検討会(北野病院ホール) 早石、小林、右近、福井
- 3月
- 5日(土) 平成16年度 OCOA 社会保険等検討委員会
天野、岩本、松矢、服部、三橋、栗本、小林、澤田
第4回 OCOA 理事会(フォントナ)
- 6日(日) JCOA 組織拡大委員会
- 26日(土) 第11回(157回) OCOA 研修会(帝国ホテル大阪)
- 27日(日) JCOA 福祉委員会(東京) 吉川

OCOA 各種プロジェクト委員会

- ① OCOA「骨と関節の日」準備委員会
(服部、松矢、黒田、栗本、澤田、茂松、五島、西川、小林、山本、他)
- ② 運動器フォーラム 2004 大阪運営委員会 (服部、黒田、松矢、小林)
- ③ 府医交通事故委員会 (八幡、服部、長田、越宗、佐藤)
- ④ 府医健康スポーツ委員会 (八幡)
- ⑤ 府医自賠責・労災部会役員会 【年 6 回】(坂本、八幡、服部、茂松、矢倉)
- ⑥ 労災保険診療審査会 【月 2 回】
(八幡、長田、三橋、坂本、反田、服部、大橋、小杉、吉中、楠、植田。)
- ⑦ 社会保健診療報酬支払い審査委員会 【毎月】(三橋、八幡、天野、石井、岩本)
- ⑧ 国民保険診療報酬支払い審査委員会 【毎月】(村上、上田、他)
- ⑨ 府医産業医部会常任委員会 【年 9 回】(八幡)
- ⑩ 府医医学会運営委員会 【毎月】(小林)
- ⑪ 府医医事紛争特別委員会 【毎月】(濱田、八幡、坂本、木下、萩野)
- ⑫ 府医救急・労災医療関係会議 (堀木、茂松)
- ⑬ 国保柔整施術療養費審査会 【月 2 回】(三橋、坂本、服部、上田、古賀、西川)
- ⑭ 社保柔整施術療養費審査会 【月 2 回】(堀木、河合、長田、広瀬。)
- ⑮ 国民年金障害認定審査会 【月 2 回】(堀木)
- ⑯ OCOA 柔整審査委員合同会議【15.11/29、16.1/31】(堀木・三橋・坂本・長田・服部)

(4) 福利・厚生事業

- ① 春季 (第 39 回) OCOA ゴルフコンペ【H.16.5/23】北六甲カントリークラブ (東コース) で開催されました。参加 16 名でした。
- ② 秋季 (第 40 回) OCOA ゴルフコンペ【H.16.11/21】北六甲カントリークラブ (西コース) にて開催されました。参加 24 名でした。

(5) 広報事業

- ① 第 30 号 OCOA 会報発行 (担当 丹羽理事・他)
- ② 「運動器の 10 年・骨と関節の日」事業
(近畿ブロック担当 黒田理事 大阪担当 小林副会長・他)
 - (1) 高槻市民講座 共催高槻市医師会・高槻市健康推進協議会 後援大阪府医師会
講演会「腰痛講座」(担当 古賀理事・他) 参加 500 名
時：平成 16 年 9 月 12 日 (日) 午前 10 時 40 分～12 時
場所：高槻市立高槻現代劇場
講師：大阪医科大学整形外科講師 金 明博先生
総参加者 2,800 名 骨量測定 500 名 体力測定 327 名
 - (2) 大阪府民公開講座 後援 大阪府医師会
(担当 藤本理事・他) 参加 131 名
時：平成 16 年 10 月 2 日 (土) 午後 2 時
場所：大阪府医師会館
演題 1：「骨粗鬆症を主とした高齢者の腰痛症について」

講師：岸本整形外科院長 岸本 成人先生

演題2：「若年者と青壮年者の腰痛症について」

講師：やまぐちクリニック院長 山口 康二先生

骨量測定 80名 医療相談 若干名

- (3) 東住吉区民講座 共催 東住吉区医師会 後援 大阪府医師会

「腰痛と骨粗鬆症」(担当 天野理事・他) 参加者 141名

時：平成16年10月2日(水)午後2時～4時

場所：東住吉区役所大会議室

講師：星ヶ丘厚生年金病院整形外科部長 河合 秀夫先生

骨量測定 30名 医療相談 14名

- (4) 高石市民講座 共催 高石市医師会 後援 大阪府医師会

「中高年の腰痛症について」(担当 廣瀬理事・他) 参加者 180名

時：平成16年10月6日(水)午後2時～4時

場所：たかいし市民文化会館アプラホール・小ホール

講師：小嶋整形外科クリニック 小嶋 肝先生

骨量測定 150名 医療相談 67名

- ③ インターネットのホームページを通じて、OCAの学術講演会やその他の活動を公開している。
- ④ 大阪臨床整形外科医会会員名簿発行(担当：栗本副会長・他)

追加 FAX 網の整備

メーリングリストによる会員間および近畿地区内の情報交換・伝達を行う

《第2号議案》

平成16年度 OCOA 会計報告

一般会計収支報告書

平成17年1月31日現在 (単位 円)

収入之部		支出之部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	10,177,725	JCOA会費・入会金	10,136,000
会費・入会金	15,068,000	会報作成費	1,883,574
会報広告収入	985,000	通信費	289,228
府医師会助成金	300,000	福利厚生費	200,000
受取利息	1,225	出務手当・交通費	720,000
		事務費	280,064
		理事会・会議費	1,256,272
		慶弔費	50,000
		ホームページ維持管理費	33,075
		雑費	23,705
		次期繰越金	11,660,032
合計	26,531,950	合計	26,531,950

財産目録

医師信用組合定期貯金	4,730,582
医師信用組合普通貯金	6,303,341
りそな/萩之茶屋普通預金	514,194
現金手許有高	111,915
合計	11,660,032

学術会計収支報告書

収 入		支 出	
前期繰越金	6,104,187	認定料・申請料	428,000
受講料日整会	2,120,000	事務費	583,175
リウマチ財団	413,000	骨と関節の日	533,780
リハビリ	93,000	日本手の外科学会助成金	500,000
骨と関節の日協賛金	500,000		
受取利息	398	次期繰越金	7,185,630
合 計	9,230,585	合 計	9,230,585

財産目録

医師信用組合定期貯金	1,508,017
医師信用組合普通貯金	3,463,686
りそな/萩之茶屋普通預金	2,143,477
現金手許有高	70,450
合 計	7,185,630

監 査 報 告 書

大阪臨床整形外科医会殿

平成16年度の大阪臨床整形外科医会の歳入歳出につき、平成17年3月12日、慎重に監査いたしましたところ、適切に処理、管理されていることを認めます。

平成17年3月12日

監事 小松 堅吾 (印)

監事 服部 良治 (印)

《第3号議案》

(III) 平成17年度事業計画案

小泉内閣の言う三位一体、構造改革の名目で思いつきとしか考えられない政策が次々と出されてきた。最初は医療費抑制に始まり、混合診療解禁、企業参入等やりたいほうだいである。医師会が幾ら反対を唱えても政府の方針は変わりそうにない。しかし昨年度、混合診療反対は辛うじて医師会の総力をあげての運動で阻止することができた。一旦国民皆保険制度が崩壊すれば国民全体がひどい目に遭うことは見えている。私たち整形外科医も国民側の視野に立ち地道に反対運動を続けなければならない。私たちが医師会員の一人であることを自覚し生涯研鑽を中心に会員相互の親睦と融和を図りながら、今年も事業を推進する。

1. 組織の強化

- (1) JCOA研修会及び学会、JCOA近畿ブロック会等に積極的に参加し、JCOAの、地域及び全国の会員とも交流を促進し、親睦と団結に貢献する。
- (2) 日本整形外科学会、その他の関係諸学会、日本医師会、大阪府医師会、大阪府医学連合会、その他医療団体との連携を強化する。
- (3) 会員の権益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入の整形外科医の入会促進のため、積極的に勧誘活動を行う。
- (5) インターネット通信及びF-ネットを用いて、会員への連絡、広報を迅速かつ広く行う。

2. 学術活動

- (1) 生涯研修及び自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医同認定リウマチ医 脊椎脊髄病専門医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計るとともに、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2) 各大学、関係諸病院との連携を密にして、生涯教育をより一層充実したものとなるように、また、整形外科医療の進歩と発展に努力する。
- (3) 平成17年度も年10回以上、充実した研修会を開催する。

3. 保健医療に関する諸問題の研究と対策

- (1) 益々、国民の健康を守ることから遠ざかっていく医療制度の改悪に対処するため、JCOAの整形外科医政協議会をつくって対処する。
- (2) 診療報酬、審査、指導、老人保健、介護保険に関して研究と対策を実行する。
- (3) 医療経営について、セミナーを行う。

4. 医業周辺業種への対策

- (1) 日本一の会員数をバックに、OCOAの各委員会の意見を府医、JCOA、日整会、日医の各委員会に反映されるよう努力する。
- (2) 柔整問題は、今、大変危険な方向に向かっていると思われる。今後とも重大な関心を持って対処する。

5. 高齢者対策

在宅医療、在宅ケア、介護保険制度への対策。

6. 労災保健、交通事故医療、医事紛争等に関する研修活動の強化。

交通事故医療は従来労災医療に準じて改正されていたが、今回の通減性導入には、本質的になじまないものとして、強く異論を唱えている。本来、自由診療の分野であるべきと考える。

7. 広報・情報活動

(1) 会報第31号を発行する。

(2) 「運動器の10年・骨と関節の日」活動について

今年のテーマは「スポーツと整形外科」であり、10月8日の「骨と関節の日」前後に、堺市、羽曳野市、茨木市、住吉区、西成区、府医会館の6ヶ所でのイベントを企画中である。一般市民向けの講演会、骨塩量測定、医療相談などを通じて、多くの市民に向けて整形外科のPRを行う。

8. 福利・厚生活動

会員親睦ゴルフコンペ

第41回ゴルフコンペ 春季コンペ

5月 OCOA コンペ

平成17年5月22日（日曜日）

場所 北六甲カントリー 東コース

OUT IN それぞれ4組づつ、8組32名を確保しています。

8時56分スタート予定です。

第42回ゴルフコンペ 秋季コンペ 検討中

《第4号議案》

平成17年度 OCOA 会計収支予算案

一般会計

(単位円)

収入之部		支出之部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	11,660,032	JCOA 会費	10,080,000
会費収入	15,120,000	JCOA 入会金	100,000
JCOA 入会金	100,000	会報作成費	2,500,000
会費等広告収入	700,000	通信費	400,000
府医師会助成金	300,000	福利厚生費	200,000
受取利息	1,300	出務手当・交通費	1,200,000
		事務費	500,000
		理事会・会議費	1,500,000
		慶弔費	100,000
		ホームページ維持管理費	50,000
		予備費	11,251,332
合計	27,881,332	合計	27,881,332

学会会計

収入之部		支出之部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	7,185,630	認定料・申請料	600,000
受講料日整会	2,200,000	事務費	700,000
リウマチ財団	450,000	骨と関節の日PR費	1,000,000
リハビリ	100,000	学会助成金	1,000,000
協賛金	500,000		
受取利息	400	予備費	7,136,030
計	10,436,030	計	10,436,030

《第5号議案》

新理事推薦

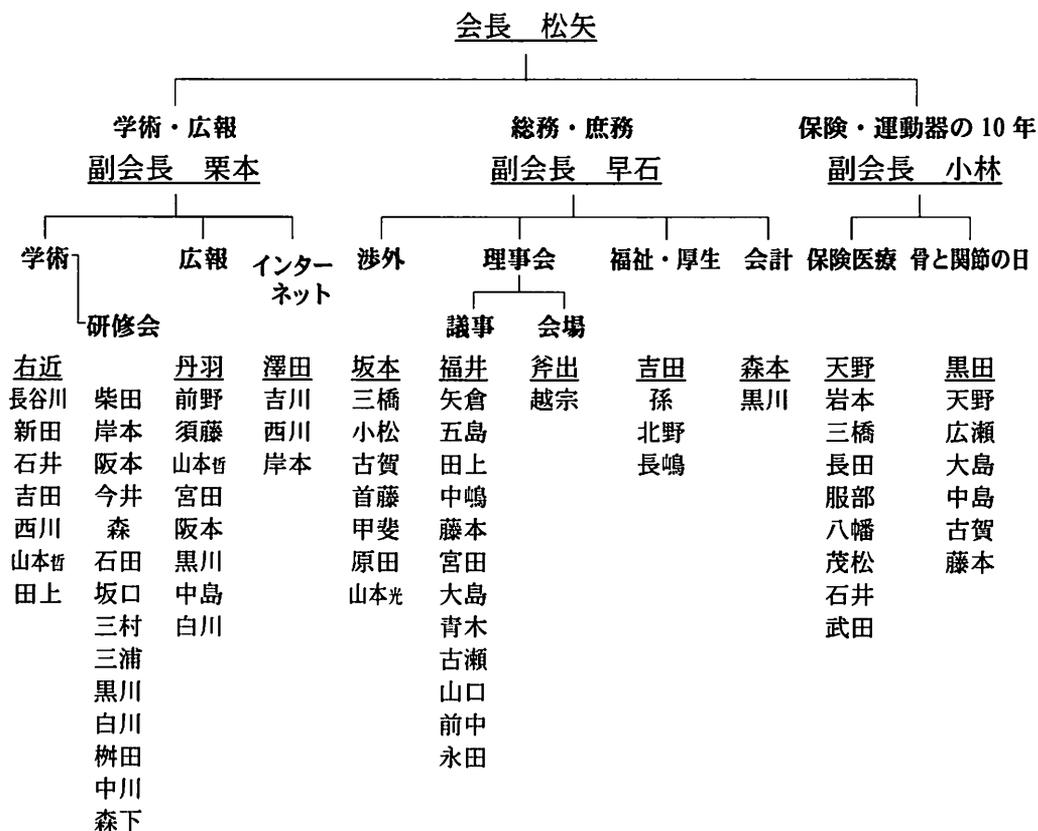
森下 忍 (もりした しのぶ)

昭和54年卒業、平成15年3月枚方市津田西町にて開業

武田 十四也 (たけだ としや)

昭和55年大阪医科大学卒業、平成6年2月松原市天美南にて開業

平成 17 年度 OCOA 理事役員分担表



- (参 与) : 伊藤成幸 大橋規男 松尾澄正 小杉豊治 吉田正和
 河合長兵衛 濱田博朗 村上白土 藤原孝義 瀬戸信夫
 堀木 篤 木佐貫一成 反田英之
- (監 事) : 服部良治 小松堅吾
- (議 長) : 堀木 篤
- (副 議 長) : 佐藤利行
- (裁定委員) : 吉中正好 三橋二良 孫 瑠権 河村都容市
- 大阪府医師会・医学運営委員 小林正之
- 大阪府医健康相談医 反田英之 新田 望
- JCOA 理 事 : 長田 明 (全国区) 澤田 出 (地区)
- JCOA 代 議 員 : 松矢浩司 早石雅宥 栗本一孝 小林正之
- JCOA 予備代議員 : 黒田晃司 右近良治 西川正治 吉田研二郎

平成 17 年 OCOA 研修会

■第 1 回 (158 回) 日時: H17. 4. 9 (土) PM 4:00 ~

会場: 大正製薬(株)大阪支店 (大正製薬)

総合司会: 栗本 副会長

1) 演題: 「整形外科におけるマイクロサージャリーの応用」

講師: 奈良医科大学整形外科 名誉教授 玉井 進 先生

座長: 三橋 理事

■第 2 回 (159 回) 日時: H17. 5. 28 (土) PM 4:00 ~

会場: ウェスティンホテル大阪 (エーザイ)

総合司会: 三村 理事

1) 演題: 「足の外科最近のトピックス (スポーツ障害を含む)」

講師: 奈良医科大学整形外科 講師 田中 康二 先生

座長: 五島 理事

2) 演題: 「スポーツ医学と介護の予防の実践と教育」

講師: 東京大学大学院教育学研究科身体教育学講座 教授

東京厚生年金病院整形外科 客員部長 武藤 芳照 先生

座長: 松矢 会長

■第 3 回 (160 回) 日時: H17. 6. 25 (土) PM 4:00 ~

会場: ホテル阪急インターナショナル (小野薬品)

総合司会: 三浦 理事

1) 演題: 「骨軟部腫瘍診療における pitfall」

講師: 大阪市立大学大学院医学研究科整形外科 家口 尚 先生

座長: 阪本 理事

2) 演題: 「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療」

講師: 千葉大学整形外科 助教授 高橋 和久 先生

座長: 早石 副会長

■第 4 回 (161 回) 日時: H17. 7. 16 (土) PM 4:00 ~

会場: ウェスティンホテル大阪 (大塚薬品)

総合司会: 白川 理事

1) 演題: 「低侵襲脊椎手術」

講師: 関西医科大学 講師 笹井 邦彦 先生

座長: 西川 理事

2) 演題: 「リウマチ疾患等の治療における、NSAID の使い方ー副作用発現予防の為にー」

講師: 埼玉医科大学消化器・肝臓内科 教授 太田 慎一 先生

座長: 小林 副会長

■第 5 回 (162 回) 日時: H17. 8. 20 (土) PM 4:00 ~

会場: ヒルトンホテル (旭化成)

総合司会: 栢田 理事

1) 演題: 「骨粗鬆症性椎体骨折と腰背部痛」

講師: 公立玉名病院 副院長 中野 哲雄 先生

座長： 理事

2) 演題：「膝スポーツの話」

講師：星が丘厚生年金病院整形外科 部長 浜田 雅之 先生

座長：右近 理事

■第6回 (163回) 日時：H17. 9. 24 (土) PM 4:00～

会場：ヒルトンホテル (第一製薬)

総合司会：中川 理事

1) 演題：「医療安全の話」

講師：北摂総合病院 院長 (大阪医科大学臨床教授) 木野 昌也 先生

座長：栗本 副会長

2) 演題：「プロサッカーチームドクターとしての責任と役割」

講師：清水エスパル メディカルアドバイザー

静岡リウマチ整形外科病院 スポーツクリニック 福岡 重雄 先生

座長： 理事

■第7回 (164回) 日時：H17. 10. 22 (土) PM 4:00～

会場：ヒルトンホテル (帝人)

総合司会： 理事

1) 演題：「新しい骨代謝マーカーを求めて

：骨代謝マーカーの基礎的な理解と今後の発展」

講師：大阪大学整形外科 講師 橋本 淳 先生

■第8回研修会 (165回) 日時：H17. 11. 26 (久光)

■第9回研修会 (166回) 日時：H18. 1 (日本臓器)

■第10回研修会 (167回) 日時：H18. 2 (科研)

■第11回研修会 (168回) 日時：H18. 3. 25 (武田)

平成17年度第一回 (第158回) 研修会

平成17年度第1回学術講演会を総会に引き続いて開催いたします。

総合司会 栗本 一孝 理事

〔I〕医薬品紹介

「非ステロイド性消炎鎮痛剤『ロルカム』について

大正富山医薬品株 医薬情報部

〔II〕特別講演

座長 三橋 二良 理事

演題 「整形外科領域におけるマイクロサージャリーの応用」

講師 奈良医科大学 名誉教授 玉井 進 先生

大阪臨床整形外科医会
大正富山医薬品株式会社

第31回 日本臨床整形外科医会研修会

「北の大地研修会」の親睦ゴルフ大会に参加して

羽曳野市 島田 永和

大阪を出発する時の天気予報、北海道地方は土曜日から祝日の月曜日までずっと雨。いつもなら留守番の家人も同行するとなると一緒に天気を気にします。私としては楽しみにしていたゴルフは一体どうなるのかと気が気ではありません。さらに、台風22号まで近づいてきます。

約一ヶ月前の9月8日、台風18号が北海道に上陸し大きな被害を残したばかりです。最大瞬間風速50.2メートルの風が市内を襲いました。北海道開拓以来、札幌の様々な樹木や草花を保存伝承してきた北海道大学付属植物園では、500本以上の木がなぎ倒され、私たちが訪れた10月になってもまだ閉園して、復旧作業に追われている状況でした。

しかし、何という幸運か、台風は進路をぐっと東に向け、雨雲を連れて離れていってくれました。そして、憧れの札幌ゴルフ倶楽部輪厚コースでのプレーを堪能することができました(写真1)。このコースは昭和30年



代に名匠井上誠一氏が北海道で初めて手がけたコースだそうです。「コースを取り囲む白樺とかしわなどの調和が美しいハーモニーを奏で、まさに、雄大な自然を生かした陰影の和風庭園コースの代表作で、自然を生かした設計が緩やかな起伏とアンジュレーションをコースに与え、それが戦略のポイントとなっており、遅しさも、優雅さも備えた実に感動的なコース」と案内にあります。その謳い文句に偽りはなく、コースは先の台風による影



写真1

響を感じさせない見事な整備状況で、ところどころ紅葉の始まった木々の大きさと整然とした佇まいは、「北の大地研修会」に相応しい舞台となっていました(写真2)。ただ、コースの脇の林には根こそぎ倒れた樹木の痛々しい姿があり、すさまじさを感じさせました。初めてお会いする先生方とも2、3ホール回るうちにうち解けて、自然、空気にとけ込み、スコアは別として心ゆくまでコースを満喫することができました。

さて、成績発表です。司会者からの「誠に申し訳ございません」という切り出しで表彰式が始まりました。実にきめ細かく配慮の行き届いた準備体制を整えられた北海道の先生

方が何を謝るのかと、あっけにとられていた参加者でしたが、表彰が始まってその意味が分かり、一同大爆笑と野次に包まれました。何と、優勝から4位まで、地元の先生方で占められていたのです。ちなみに参加40名のスコアですが、79のベストグロスから139までで、平均99.8ストロークでした。本当に楽しい一日を過ごすことができました。

早朝から、ご準備に走り回っていただき、コース内ではキャディより詳しいコース案内までいただいた北海道の先生方、本当にお世話になりました。ありがとうございます。次回、千葉での再会を楽しみにしたいと思っています。



写真2

和歌山県の花 うめ

梅は、バラ科に属し、古くから紀南地方を中心に栽培されてきました。2月から3月にかけて、美しい花を咲かせ、その香りも素晴らしく春を告げる花として親しまれています。

(昭和43年4月4日県民投票)



《“北の大地”研修会》
 オプションルツアー 登別温泉コースに参加して

高槻市 服部良治

10月9日(土)朝、台風22号の進路を気にしながら、家内と二人タクシーで大阪伊丹空港に向かう。幸い定刻に離陸し順調に飛行、新千歳空港に到着した。今回のJCOA研修会は、久々にお役目のない気楽な参加であり、前日観光「登別コース」を選んだ。参加者は25名、滋賀県の橋本猛先生ご夫妻も同じグループだ。全員観光バスに乗り込み空港を出発。最初の観光地インディアン水車に向かう。ここでは千歳川に設置された鮭捕獲用水車と隣接する水族館を見学した。この水車は産卵に遡上する鮭を捕獲するためのもので、魚の習性を利用した漁法である。鮭の遡上時期であれば活気に満ちた漁が見学出来ただろうが残念である。水族館は淡水魚だけが飼育されていて、本州ではみられない珍しい魚もいて楽しかった。

この後、バスは今日の宿泊地「登別温泉第一滝本館」を目指し、高速道路をひた走る。森林そして広々とした草原がどこまでも続き、



北海道らしい大陸的な景色が車窓を流れていく。高速道路沿いの林では、えぞ松、白樺等の大木が折れたり、根こそぎ倒れていて、台風18号の猛威による被害が甚大で全国に及んだことが窺われた。やがて第一滝本館に到着。温泉好きの私は、着替えるや直ちにお風呂に直行、十指に余る浴槽を全て征服し、予想以上の素晴らしいお湯に大満足。第一目標を達成した喜びに浸りながら、宴会場に向かう。

午後7時、大広間に全員集合。北海道臨床整形外科医会を代表して、神島茂夫先生の歓迎のご挨拶、乾杯の音頭で宴会が始まった。

夫婦揃っての参加、中にはお子様、お孫さん連れもあり和やかな、楽しい懇親会となった。就寝までに、少なくとも2回温泉を楽しみたい私は、お酒は控えめに、専ら写



鮭捕獲用水車



神島茂夫先生



地獄谷

真係を務めた。

翌朝2回入浴。朝食前に家内と二人で周辺を散歩した。湯澤神社の鳥居脇にある登別温泉“地獄谷”案内の看板は、巨大な赤鬼と青鬼の銅像が両脇に控えていて、印象的であった。大浴場からも源泉地獄谷の赤茶けた山肌と湯煙が見えたが、展望台まで行く事にした。数分で到着、眼下に乳白色或いは茶褐色の小山が点在し、彼方此方に白い湯煙が立ちのぼる様は、地獄谷の名に相応しい不気味な景観である。遊歩道の脇には、秋らしく鮮やかに紅葉した木々も点在し、心を和ませてくれる。



朝食を済ませ、次の観光地、白老アイヌ民族博物館に向かう。巨大なアイヌの立像の前で全員揃って記念撮影。アイヌの踊りや博物館の見学も充分楽しめた。

当日最後の観光場所はノーザンホースパークである。ここで先ずは昼食を戴く。広大な敷地にはエゾマツや白樺の林があり、木々に囲まれた芝生ではミニゴルフを楽しむ家族連れの歓声が響きわたる。観光馬車も園内を走り、半日位はゆったりと過ごしたい場所だが、JCOA研修会会場である札幌パークホテルに向かい出発。昼食のピールのお陰か心地よく居眠りしているうちにバスはホテルに到着した。



白老アイヌ民族博物館



ノーザンホースパーク



第31回研修会(北海道)

「ギリガンズアイランド」フレンチコース ザ・ウィンザーホテル洞爺(一泊二日に参加して)

東住吉区 孫 瑠 権

今回は都合良く10月8日(金)から10月12日(火)までの時間があつたため、妻と二人で久しぶりに旅をしたと云う感じで過ごしました。

実は4月に腰椎のプリフ手術を受けた後でリハビリを兼ねていました。

支笏湖の翠山亭で一泊し、9日(土)にこのコースに参加の皆さんと合流しました。翠山亭は和風造りで湖に面し、温泉も良く、料理も良く=十割ソバが最高=周りの紅葉に溢れた風景も良く、久しぶりに自然に浸って居りました。

行程は、昭和新山を見学し、洞爺湖を巡りながら山上に聳え立つウィンザーホテルへ夕暮れに到着しました。湖面から見た建物は巨大に見えて居りましたが、ホテル内に入ると、正に城内という感じで圧倒される雰囲気を持った造りで、よくもまあこんな建物をと感動しました。聞けばバブル期に建てられたもので、例にもれず経営者は代わっているとのことでした。部屋に入って又ビックリ!何か王族になった様な錯覚に囚われる贅を尽くした部屋の中、調度品、バスルーム等々、何となく居づらい感を懐いたものです。

何となく時間に追われレストランに向かう。こ



この創りも重厚で雰囲気は最高!遠くで花火が打ち上げられ、薄暗い中での夕食が始まったのですが、食事は部屋代負けしたのか、お世辞にも美味しいものではなかったです。夕食は遅くに終わり、豪華なベッドで眠りにつき翌朝ホテル周りを散策しましたが広い広い!!さすが北海道!何処に行っても広大な感じがし気分が落ち着く雰囲気です。

洞爺湖・中山峠・定山溪と最盛期の紅葉の中をバスに揺られながら会場の札幌パークホテルに向かいました。

当ホテルで研修会、文化講演会が催されましたが、渡辺淳一先生のお話は実に「男女の機微」を捉えていて感心したものです。

10月11日(月)には紅葉が余りに見事だったので登別温泉までドライブし、途中「豊平峡」に立ち寄ったのですが、これぞ大自然「北海道」を実感しながら帰阪しました。

お世話になった北海道の先生方にお礼を申し上げますと共に、近々新企画で再登場をお願いしたいと願って居ります。

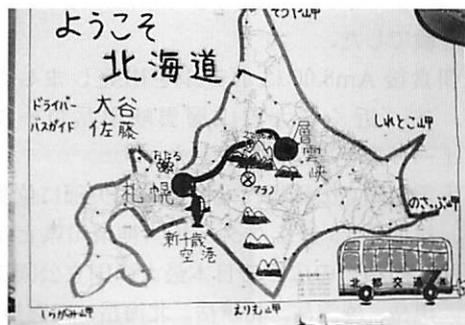
層雲峡温泉 北海道の尾根コース（1泊2日）

中央区 伊藤 成幸

10月9日（土）、層雲峡温泉北海道の尾根コースに参加するために、早朝、伊丹空港を出発、楽しい旅がはじまりました。

千歳空港のJCOAの受付へ参り、各コース別に集合して、それぞれの行き先のバスに乗り込みました。

私どものグループは40人余りで、大阪から坂本徳成先生ご夫妻と私ども夫婦が参加いたしました。バスガイドさんは30才位で可愛く、なかなか上手に面白く、そして手書きの北海道の地図を、運転席の後ろにはって、それをもとにわかり易く説明してくれました。（写真1）



1. バスガイドさんの手製のマップです。

車は高速道路にのり、広大な石狩平野を横断、途中砂川サービス・エリアで休憩して旭川に向かいました。石狩川の支流、空知川と深川を渡って石狩平野から山間に入り、しばらく走って高速道路の終点旭川に到着、その後一般道に入り旭川市南が丘で優佳良織工芸館を見学いたしました。

広大な敷地に工芸館があり、周辺との調和が素晴らしい建物でした。（写真2）最近話題になっている優佳良織（ユーカラおり）は、北海道の美しい自然と風土をテーマにして、羊の毛を何十色にも染めて、それを混ぜ合わ



せて色を調合し、織り上げたもので、すべての行程が手作りということで大変手間をかけております。なかなか味わい深い美しさを呈しており、壁かけ、テーブルセンター、掛け軸、帽子等いろいろな使われ方があります。とくに壁かけ、掛け軸等は、すばらしいものがありました。

工芸館を出て層雲峡へと。秋の日暮れは早くあっと言う間に、真っ暗になり、途中の景色は全く見えず、闇の中をひたすら層雲峡温泉へと走り、何となく周辺が明るくなって温泉郷に入ったのがわかり、やっと目的の層雲



2. 旭川市の優佳良織工芸館
広大な庭園にシャレた建物が3、4ヵ所連なっております。その中にユーカラ織りの工芸品が展示・販売されています。



3. 私どもの泊まった層雲館グランドホテルの遠景（バスの車窓より）

閣グランドホテルに到着しました。（写真3）札幌を出て約5時間程で到着、北海道はやはり大きいと実感いたしました。

ホテルでチェックイン後、8階の部屋で一度寛いで、2階のえぞ松の部屋でPm 6時半から参加された方全員で夕食の宴がひらかれました。宴会に先だち、地元の先生の挨拶があり、乾杯になりましたが参加者の中で私が最長老ということで乾杯の音頭を取る羽目になり、私より一見高齢の方がおられるように見えますが、私がJCOAの名誉会員であるためかどうかわかりませんが、世話役の方から指名を受けました。

乾杯とともに楽しい夕食会がはじまり、坂本先生ご夫妻、三重の森本剛先生ご夫妻、そして私ども夫婦が並んで、前の列には兵庫の吉良先生ご夫妻がおられ、大いに飲み大いに



4. 同行の方々との夕食会
右より、三重の森本剛先生、坂本先生の奥さま、私の妻、森本令夫人

食べ旧交を温めて第1日目が終わりました。（写真4）

翌朝、大浴場（温泉）で朝風呂に入りましたが風呂は1階と2階があり、2階は露天風呂で、エレベーターか階段で自由に上下できるようになっておりました。風呂場の中にエレベーターがあるのは珍しく私は、はじめての経験でした。

朝食後Am8.00にホテルを出発しましたが、すぐ近くに大雪山層雲峡黒岳ロープウェイの乗り場がありました。

大雪山国立公園は、北海道の中央部に位置し、総面積23万ヘクタール（神奈川県とほぼ同じ面積）の広さで日本最大の国立公園です。黒岳、凌雲岳、北鎮岳、北海岳、白雲岳、旭岳等、標高2,000m前後の山々が50km以上に渡って続きます。大雪山には今でも噴煙



5. ロープウェイの車窓よりの紅葉山麓駅が下の方に見えます。



6. ロープウェイの車窓よりすばらしい紅葉です。



7. ロープウェー終点 黒岳駅



8. 黒岳と大雪山黒岳資料館
中に大雪山の四季の写真等が展示されている。

を上げ、火口から硫黄をふき出しているところがあり、この火口を囲むようにして黒岳、凌雲、北鎮岳、北海岳などの山々が北側に並んでいます。私は大雪山は一つの大きな山だと思っておりました。しかしそうではなく、これら全体を大雪山と云っているのが今回のツアーではじめてわかりました。

層雲峡駅からのロープウェーは40～50人乗って満員の状態でしたが、車窓からの眺めはすばらしく、内地では見られない紅葉です。日本の紅葉は、この大雪山からはじまるといわれております。この広大な大雪山山系の山麓一面に紅葉が広がり、所々にエゾ松の緑が点在していて、あたかも錦画のように美しい光景です。(写真5、6)約7分程で黒岳駅(黒岳5合目)に到着。(写真7)2、3分歩いた所に大雪山黒岳リフトの乗り場があり、そ

の途中に四季の大雪山の写真等が展示された山小屋のような大雪山黒岳資料館がありました。(写真8)

私達はリフトに乗って黒岳の山頂に近づき、そこからの眺めもすばらしく天候もよく、時期として最高の時に層雲峡を訪れたようです。(写真9)リフトの降り口から、1時間程登山道を登れば山頂に達するそうです。数人の人達が、軽い登山装備で登って行かれました。

私達は時間の都合で、リフト→ロープウェー→山麓ともどって山麓駅の前に待っていたバスに乗り込み、昨日来た道を逆行して旭川市の旭川グランドホテルにて豪華な昼食をいただき札幌パークホテルでの教育研修会に間に合うように旭川をあとにして、2日に渡る楽しい旅が終わりました。



9. 黒岳のリフト
かなり高い所です。このあたりは、エゾ松、カラ松の針葉樹とくま笹で紅葉樹は見られません。

2004年研修会 札幌報告

豊中市 栗本一孝

2004 JCOA 第31回研修会(10月9日～11日)に参加してまいりました。

教育研修会として2題

第一席には、札幌医大山下敏彦教授に腰痛と坐骨神経痛—最近の基礎的臨床的所見—と題して講演いただきました。山下教授はS58年卒新進気鋭の脊椎外科医として日本だけでなく世界的に名の知れた教授です。引き込まれるように聞き入ってしまいました。

腰痛の疫学的調査より日本人の85%が一生涯のうち一度は腰痛を経験する。また、アメリカでの腰痛による経済損失を日本円に換算して約6兆円とはじき出しておられました。厚生労働省のデータとして、カゼの症状で治療所を訪れる人より腰痛で来院するの方が約二倍に達するとも示されておりました。

急性腰痛は生体の警告としての意味をもち有用な感覚であり、慢性腰痛は有害な感覚であるとも示されました。私なりになる程と納得させていただきました。また、腰痛の発生源として椎間板より椎間関節が大きな要素であると報告されました。ただし下位腰椎椎間板は刺激では余り反応しませんが、炎症などの病的状態では過敏反応を示し、腰痛の原因になりうる。正常な神経根の圧迫では痛みは出ませんが障害(炎症等)神経根の圧迫は痛みを誘発する。また、心因性腰痛にも深く入りこんでの発表もされました。心因性疼痛の原因として

①心理的メカニズム

- 1) オペラント学習型 2) 回避学習型
- 3) 悲哀反応 4) 罪を償うための自己処罰
- 5) 死への恐怖

②精神医学的メカニズム

- 1) 気分障害 2) 心気症
- 3) 統合失調症

治療としては薬物療法、理学療法、手術療法を示されました。



慢性疼痛に対しては、Ca拮抗薬のくも膜下腔注射等の新しい治療法もTryされておられました。山下教授は「クロパン(Chronic pain)の会」という患者の会を立ち上げ、患者と二人三脚で治療に取り組まれておられます。我々JCOA会員(開業整形外科医)にとって非常に有益なシーンとなりました。

続いて、二席目は北海道大学整形外科の三浪明男教授による「手の外科の将来展望」と題した講演をお聞きいたしました。

内容をご紹介します

- ① 手指屈筋腱損傷 ② 手関節部障害
 - ③ マイクロサージャリー ④ 同種手(肢)移植
 - ⑤ ロボット手術、再生医療
- の順にお話していただきました。

- ① 修復メカニズムを知ることにより no man's land から→ anyone's land となりつつあると発表
- ② 手根不安定症及び舟状月状間の重要性 TFCC 損傷の重要性
- ③ マイクロサージャリーの明日(移植も含む)
- ④及び⑤ 外科学の進歩として、病変部切除より再建術。それよりも組織臓器移植それより更に進んで組織臓器再生

将来の夢とされてきたものが近い未来、現実のものになってきている感をいだかせる内容でした。

小樽運河散策ツアー

枚方市 須藤 容章

平成16年10月11日(祝日)、第31回JCOA研修会の翌日にこのツアーに参加した。

大阪からの参加者は伊藤成幸先生御夫妻、服部良治先生御夫妻、中嶋博章先生御夫妻と筆者であった。

午前8:20からのバスツアー参加者は計37名で、気温は17℃、雨降りであった。雨の中を運河に沿う古い倉庫を眺めながら約30分散策し、記念撮影を行った(写真は筆者:服部良治先生撮影)。

続いて北一ガラスへとバス移動する。各ガラス店の前を通り小樽オルゴール堂の中で無数のオルゴールを見物する。三階では世界でただ一つのオルゴールを自分で作成する工房もあった。

ここで前日の渡辺淳一氏の文化講演の影響で妻に、“my gift to you”、娘に“世界に一つだけの花”のオルゴール付きのキーホルダーを買う。

バスは次に石原裕次郎記念館へと向かう。裕次郎は神戸で生まれたが父親の勤務の都合で3才から6年間小樽で過ごしたということで、この記念館はまき子夫人によって建てられたということである。豪華なヨット、日本一台しかないドアが翼のように広がるベン



ツやロールスロース、キャデラックの高級車、高価な装身具の展示、ビデオ放映が続き、それらも数ヶ月に一度展示品が入れ替えられるのだという。筆者はそれ程の裕次郎ファンではないが、彼の歌は下手が歌っても上手に聞こえるのでカラオケで良く歌うので一見の価値はあったと思っている。

昼食はバスで「銀鱗荘」へと走る。銀鱗荘は当地の大網元であった猪保安之丞氏が明治6年に私宅として建設したもので「鯨御殿」と言われたものを観光旅館に改装されたものであると言う。食事も新鮮な海の幸で、ぼたん海老の刺身、鯨の煮つけ、鮑のステーキは特に、美味であった。

最後はまたバスで新千歳空港へ向かい、2:30PM、ここで解散となった。解散後は従業員達への“白い恋人”を土産に大阪への帰途についたのであった。

ツアーは6時間という短時間ではあったが、バスガイドと添乗員の二人の女性が説明をしてくれたり、カメラのシャッターを押してくれたり面倒をみて頂いた。参加者はそれぞれ満足して帰途につかれたようであった。

JCOAの北海道会員の方々のお気遣い、おもてなしに感謝します。



北の大地研修会オプションツアー

「ミクニサッポロ」と千歳インディアン水車

高槻市 古賀 教一郎

今回の研修会は岩手の研修会以来五年ぶりの参加でした。

10月10日(日) 8時30分宿泊ホテルを北都交通観光バスの出迎えて出発しました。

前日関東地方を通過した台風20号の影響で羽田発の便が欠航、東京方面組のキャンセルが出たため、大型バスに総勢8人の何とも贅沢なツアーでした。そしてガイドさんが若くてチャーミングなうえに機知にとんだ聡明な人で、名ガイドをつとめてくれました。有名な時計台、赤レンガ、札幌市の市木であるライラック等の樹木が台風18号の影響で倒木の被害を受けたという植物園を車中から眺めながら市街をぬけ、5万2千平方メートルの大きさを誇る札幌ドームを間近に見て、羊ヶ丘展望台に向かいました。

展望台は月寒種羊場と呼ばれる牧場の一角



で、標高260m程の小高い丘にあり、丘の上には教会、クラーク博士像、裕次郎の像と恋の町札幌の歌詞が刻まれたモニュメント等が建っており、丘から札幌ドームや市街地も見渡せました。45分程の時間を過ごし大倉山ジャンプ競技場に向かいました。大倉山ジャンプ競技場は我が国最古の大型ジャンプ台で昭和



「羊ヶ丘展望台」
ガイドさんとクラーク博士像の前で



大倉山ジャンプ競技場

ジャンプ競技場頂上展望台で





レストラン・ミクニサッポロで、
一緒にした三重県の奥様と

6年に完成、昭和47年に開催された冬季オリンピック札幌大会で90m級ジャンプの舞台となりました。リフトで頂上展望台へ。高さ133.6m、正面はるかに札幌の顔大通公園が見渡せました。シャンツェに向かう途中、ガイドさんから面白い話を聞きました。ジャンプ競技の発祥の地はノルウェーで、その昔犯罪者を雪の急斜面の途中にコブを造ってすべらせ、恐怖心をうえつけて再犯防止の役に立てていたそうです。これがジャンプ競技の発端になったということです。約1時間程ジャンプ場周辺で遊びJRタワーホテル日航札幌のフレンチレストラン・ミクニサッポロへ。3組はそれぞれご夫婦でテーブルにつかれ、小生は三重県から参加されたご婦人と一緒にテーブルにつきました。ご主人の先生はゴルフに行かれたとのこと、気さくな方で始

終和やかに歓談出来ました。料理もまことに美味しいフランス料理のフルコースでしたが、北海道三笠市にある「山崎ワイナリー」の赤ワイン、ツバイゲルトレーベを注文。この葡萄の品種は三笠市の自社農園で栽培されたものとソムリエからの説明。色が濃く柔らかいがパワフルなタンニンを感じさせる辛口のワインで料理にも良く合いました。約2時間のランチタイムはあっというまに過ぎ、研修会会場の札幌パークホテルに向かいました。

10月11日（月）朝からあいにくの曇り、定刻の8時半ホテルに観光バスが到着、ラッキーなことに前日と同じガイドさんがにこやかに迎えてくれました。前日は小人数だったためか嬉しいことに小生の顔を覚えてくれていました。この日は二十数名のグループで、札幌から支笏湖へ続く国道を南下、山道に入るところから小雨が降りだし、トド松や北海道の道木であるエゾ松の林が続き、やはり台風18号の影響で倒木が目立ちました。真駒内カントリークラブの横を通り1時間と少しで雨に煙る支笏湖畔のポロピナイへ出て、湖畔沿いの道を東へ観光ポイントに向かいました。間もなくビジターセンターに到着。ポロピナイからずっとそうでしたが小雨が降り続き、湖面はもやにつつまれてかすんでおり、湖の向こうに見えるはずの1,000m級の恵庭岳、風不死岳、樽前山等のパノラマを見ることは出来ませんでした。晴れた日に男性的な



支笏湖畔で澤田先生と



雨にけむる支笏湖



「鮭のふるさと館」
産卵場に向かうキングサーモンの実物大模型



インデアン水車の前で

荒々しい山の湖・支笏湖を見て欲しいとガイドさんの言葉に、是非もう一度訪れたい気持ちにかられました。

ここで、別のグループの澤田先生と出会い、ガイドさんに頼んでこちらへ引っ張り、行動を共にすることになりました。

支笏湖はカルデラ湖で周囲 41km、水深 363m の北海道一深い湖で、魚はヒメマスが生息し、日本最北の不凍湖ですが、近年では平成 13 年に一部凍結したとのこと。前年の平成 12 年に有珠山が噴火しましたが、過去にも有珠山が噴火した後にはいつも凍結

してきましたとのガイドさんの説明でした。自然がなせる不思議な現象です。

湖畔を散策したあと千歳川の下流にある「鮭のふるさと館」へ向かいました。ここでは北海道の限られた一部の川にしか生息していない幻の魚、イトウも飼育されていました。

川では鮭を捕獲するためのインデアン水車が動いており、鮭があがっておりました。卵を人工孵化し鮭の増殖をするのが目的です。しばし観光して千歳全日空ホテルに移動、別のグループと合流して、昼食会のあと新千歳空港で解散となりました。

三重県の花 ハナショウブ

花軸は直立して分岐しないのが特徴で、花は初夏に咲き、色は白、紫、薄紅色などがあります。

桑名市の九華公園や明和町の齋王の森、伊勢神宮の勾玉池などで見られます。多気郡明和町にある原種の野花菖蒲の群生地が国の天然記念物に、また伊勢花菖蒲が県の天然記念物に指定されています。

万国博にちなんで県の花先行委員会が候補の中から「伊勢花菖蒲」を選び、伊勢の名称を除いて県の花に指定しました。(昭和 44 年 9 月 22 日指定)



北の大地研修会の懇親会に出席して

中央区 坂本 徳成

平成16年10月10日(日)、午後6時30分、札幌パークホテルで北の大地研修会の懇親会が、佐藤俊彦氏の津軽三味線の演奏で幕を開けた。テレビなどで、見聞きはしても生演奏を聞くのは初めてである。バチで三味線を叩き、掻き鳴らし、すごいボリュームと迫力に気おされて、厳しい自然の中でこそこのような音楽が生まれるのかと納得する。



台風22号のあおりで、欠席者も出たとの事であったが、500余名の参加者があり、大阪からは、伊藤、奥田、栗本、島田、孫、中嶋、丹羽、服部、松矢各先生御夫妻、長田、古賀、澤田、須藤先生方と私ども夫婦が参加した。篠田研修会会長、JCOA角南会長、日整会山本理事長、中 札幌市長の挨拶が続き、



Ocoa 松矢会長ご夫妻とご一緒に



北海道医師会長の乾杯の音頭で食事が始まった。料理長より食材の説明があり北海道各地より集められた豊富な食材にただただ目を見張った。

ちなみに当日のメニューは、

余市港から塩水雲丹のブランマンジェ仕立て 日高昆布の風味ジュレと共に
 稚内港よりタラバ蟹姿盛り
 積丹産蝦夷アワビとその肝のフランクのスープ仕立て 美瑛産百合根添え
 常呂産帆立貝のクリーム煮 サロマ産えびす南瓜の器入り
 北海道産十勝牛フィレ肉のロースト 幕別産じゃがいも
 インカのみぎめのドフィノワーズ添え
 和風オニオンソース
 イクラ丼
 勇払原野産ハスカップのムース ドーム仕立てミント飾り

コーナー料理として

鶴川産特大子持シシャモ
 苫小牧産ホッキ貝
 日高産青つぶの海鮮焼き
 とうきび、じゃがいも、アスパラガス
 札幌味噌ラーメン

そして、吟味された北海道特産の吟醸酒



やサッポロビールをはじめとするドリンク各酒、タラバ蟹などプリプリ、ジューシー、甘味があり、さすが産地と、毎回のことではあるが担当県の先生方の御尽力に感謝しつつ札幌のジャズピアニスト福井 良さんとなかまたちのジャズの演奏を聞きながら美味しく頂いた。

最後は、高知県のよさこい祭りをお手本に、13年前から始まった札幌よさこいソーラン

祭で、今年6月、参加333チーム中、見事大賞を獲得したよさこいソーランチームのダイナミックで、床も抜けんばかりの熱気に包まれた踊りに元気をもらい懇親会は終了した。

毎年、参加メンバーが固定する傾向にあったが、今年は会長の松矢先生御夫妻、副会長の栗本先生御夫妻がはじめてお揃いで参加下さり、年々若い先生方がもっと参加くださることを願ってやまない。

奈良県の花 奈良八重桜

霞桜の影響を強く受ける栽培品種で、4月下旬頃には中輪で八重咲きで淡紅色の花を咲かせます。

東大寺知足院にある樹は国の天然記念物に指定されており、伊勢大輔の「いにしえのならの都の八重桜けふ九重におひぬるかな」（小倉百人一首・61番）で有名です。

県の花選定委員会で、奈良八重桜、山桜、牡丹、梅、馬酔木、藤の6候補の中から選ばれました。（昭和43年3月告示）



第31回JCOA研修会(北海道)文化講演会

演題「男女の機微」 講師 渡辺淳一先生

堺市 長 田 明

「おまえ綺麗だね」とご主人が奥様に云えばよいそうである。われわれ年配者を前にしての話であるから、歳を経るにしたがってなお一層、云えばよいということであろう。「男女の機微」という話をお聞きしたが、ご報告するにあたり私見が入ることをお許しいたきたい。

世間を騒然とさせた、和田教授の心臓移植で札幌医大が大揺れに揺れていた時に、先生は同大学整形外科医局に在籍しておられた由、たいへん懐かしい記憶を甦らせていただいた。先生はこの和田教授問題に絡んで、大学医局を去られたとか。上京した駆け出しの文筆家にとって、世間は甘くなかったのは当然であり、先生もいろいろとご苦労なさったようである。

初期は、医学関係のものを題材にされたようだが、先生が最も書きたいのは「男女小説」だそうである。恋愛小説ではなく、あえて「男女小説」という理由は、男女というのは「永遠のテーマ」であるからだそうだ。著しく進歩する自然科学の世界と裏腹に、全く進歩しない情念の世界、例えば、一千年前に書かれた源氏物語の世界が、今でも男女の世界として理解できると云われる。医学は人間を論理的に追求しようとするが、文学(文字)は理屈で解明できないものを追求していく非論理の世界である。しかし、医学も文学も「人間とは何なのか」が基本にあるそうだ。そして、「愛」は最も非論理の世界、とくに男女の世界においてだと。男女の間では、ちょっとしたことでいやになることがある。そして、一ついやになると限りなくいやになる。だから小説が成り立つと先生は云われる。

結婚して年を経ると愛の許容度が変化して



くる。従って、夫婦間の問題も歳と共に変化する。男は外で結構奥さんの悪口を云う。しかし、別れることはまずない。しかし、女は結構きつく、決心すると戻らない。さっさと別れていく。男はあいまいなのである。

日本の男はあまりものを云わない。夫婦は阿吽の呼吸でわかっているというわけだ。熟年夫婦の旅行をよく見かけるがいいものである。しかし残念なことに朝食時など殆ど会話がなない。黙々と食べている。もっと話すべきだと思う。楽しそうに話しているのは新婚さん、これは当然だけれど、もうひとつは不倫の仲、これは楽しそうに話している。日本の夫婦はほんとうに会話が足りないと思う。朝起きた時に何と云うか、「お早う」と云えばよい。理想をいえば「おまえ綺麗だね」と云えれば最高だそうだ。女は言葉で変化する生物であるので本当に綺麗になるそうだ。「おまえ綺麗だね」と心を入れないで云う、これが大切であり、心を入れると云えなくなるそうである。その時、奥さんは何と返事をするか。「ありがとう、貴方のおかげヨ」と全く思っていないなくてもまず云うと良い。なんだか狐と狸の騙しあいのようなのだが、ほんとに抵抗なく、さらっと云えれば最高であろう。言葉は人を

変えていくものである。

自分たちが生きていることを大切にすること。「僕は人間として、この世に生まれてきたことは素晴らしいと思っている」「選ばれて人類である。こんな素晴らしいことはない」「両親の精子と卵子の出会い、何万分の一の確立しかない」と。

人間はものを追う生物でなければならな

い、何でもいいから追うこと。異性を追い、愛を追い、仕事を追い、なんでもいいから追っかけること。これが素晴らしい。何歳になっても追うことを忘れてはいけない。追わなくなったら人間は終わりだと思う。皆でそれぞれ何かを追っかけようではありませんか。

(平成 16 年 11 月 1 日)

福井県の花 すいせん

11 下旬～2 月下旬頃に、香りより気品のある花を咲かせます。町期以前に中国から渡来したといわれ、房総・淡路と並んで 3 大産地のひとつとして有名です。日本海の厳しい風雪に耐えぬいて寒中に咲くこの花の忍耐強さは県民性に通じるといわれています。

また越前海岸に咲く水仙は、他の日本水仙に比べて茎が強く香りが特に強いとされており、美しい娘の化身だという伝説も伝えられています。(昭和 29 年 5 月 1 日指定)



半月板損傷の治療とその問題点

健保連 大阪中央病院 整形外科 部長 井上 雅 裕

講演要旨

1. 半月板不安定症

症状

外側半月板に見られ、明らかな外傷機転がないにもかかわらず膝がロッキングする。ときには寝返りしただけでもロッキングを生じ膝の外側に痛みを訴える。時期は前後するが両側性に起こることが多い。

病態

膝窩筋腱の前後に存在する線維束 (politeomeniscal fasciculi) の欠損あるいは脆弱性により外側半月が不安定となり、日常生活動作によっても大腿骨と脛骨の間に外側半月が嵌まり込みパケツ柄断裂を生じる。

画像診断

MRI 検査にて膝窩筋腱の前後に存在する線維束 (popliteomeniscal fasciculi) が描出されない (図1)。

鑑別診断

関節鼠、骨軟骨腫症など。外傷機転がある例では一般的な半月板損傷や骨軟骨骨折



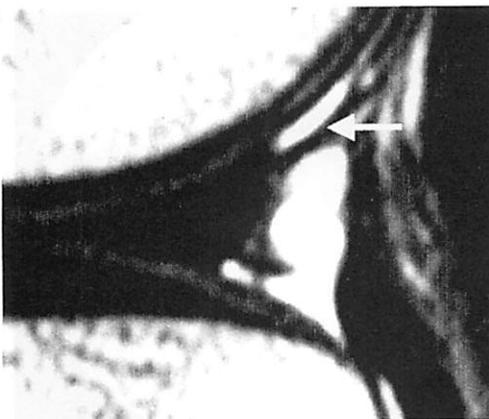
治療およびその術後成績

関節鏡視下半月縫合術を行う。長期成績はおおむね良好であるが、再発例が存在する。このような例には今後の問題として線維束の再建の可能性を検討すべきである。

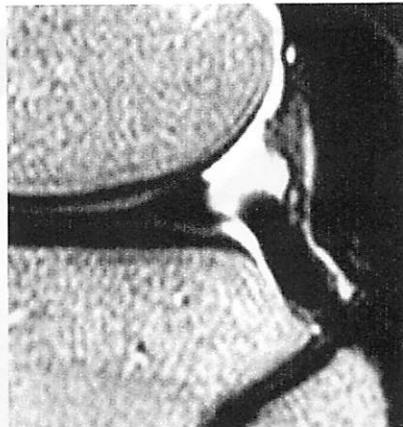
2. 半月縫合を行わない不安定半月板縦断裂の治療

問題点

Arnoctky らによる半月血行の報告以来、半月損傷が治癒する可能性が見出され、半月



左：健常例



右：欠損例

図1 MRIにて描出された popliteomeniscal fasciculi

切除に替わって、半月縫合がおこなわれるようになった。しかし、損傷半月を癒合させるためには本当に縫合が必要なのであろうか？このような観点からバケツ柄断裂を含む不安定な半月板縦断裂に対して半月板縫合を行わないで半月板を癒合させることを試みた。

対象

スポーツ活動にて受傷した半月のバケツ柄断裂あるいはロッキングの既往があり鏡視下の probing にて不安定性が確認された半月縦断裂 50 例を対象とした。平均年齢は 24 才で、受傷後 3 週以内の新鮮例 10 例、陳旧例が 40 例であった。50 例のうち ACL 損傷の合併が 37 例にみられ、それらにはハムストリング腱を使用して ACL 再建を併せ行った。

方法

鏡視下にラスピングを行って断裂部を新鮮化し、その後半月を縫合せず、半月の整復位を保持するために膝伸展位にて 3 週間のブレース固定を行い、術後 1 日目より膝伸展位での荷重を開始し、早期の全荷重歩行を許可した。全例に対し 3 ヶ月後に関節鏡視を行い半月の治癒を評価した。また 24 例には術後平均 18 ヶ月にて再度関節鏡検査を行った。

関節鏡視下の probing によって半月の安定化が確認され断裂部の溝の深さが 1 ミリ以下

になったものを治癒、半月は安定であるが溝の深さが 1 ミリ以上のものを不完全治癒、一部にでも全層性の断裂残存を認めたものを非治癒とした。

結果および考察

rim width が 2 ミリ以下の群では 36 例中 35 例が complete または incomplete healing で良好な成績が得られた。rim width が 2 ミリから 4 ミリの群でも成績はほぼ同様であり、たとえばバケツ柄断裂や不安定な縦断裂であっても、半月縫合をおこなわなくとも高率に治癒させ得ることが判明した。しかし rim width が 5 ミリ以上の群では 5 例中 1 例にしか癒合がみとめられず、血行が乏しい部位での癒合は不良であった。内側半月の損傷は外側半月よりも頻度が高く見られるが、内側と外側の間で、その治癒率に有意の差は見られなかった。

術後平均 18 ヶ月で関節鏡視を行った 24 例について、その治癒を術後 3 ヶ月の状態と比較したところ、術後経過により半月治癒の状態には変化が見られないことが判明した。

術後 3 ヶ月の時点で癒合が確認された 45 半月のうち、平均 50 ヶ月の追跡期間中に 6 例 13% に半月の再断裂が生じた。再断裂の時期は術後 10 ヶ月から 4 年と様々であった

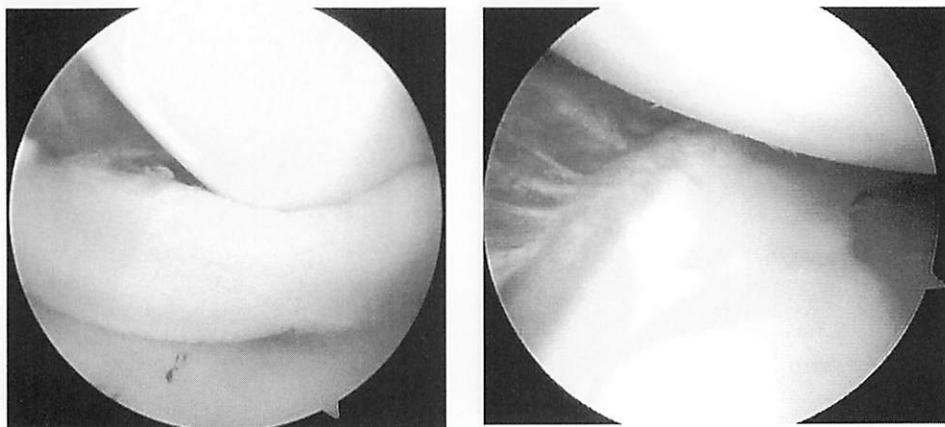


図 2 縫合を行わないで癒合させた半月板のバケツ柄断裂

が、その内訳は術後のスポーツ活動度が高い症例が2例、最初の手術時に半月損傷部の変性が見られたものが2例、当初外側半月のバケツ柄断裂であったものが2例であった。

我々の結果はたとえ半月縫合を行わなくとも、その治癒率は現在までに報告された半月縫合の術後成績とほぼ同様であり、また rim width が治癒に影響を与える重要な因子であることが再確認された。したがって rim width が5ミリ未満の場合には縫合はかならずしも必要ではないといえよう (図2)。

3. 児童に対する円板状半月板の検診 問題点

円板状半月板は自然に損傷されやすく、通常膝の進展障害や疼痛を訴えて来院する。しかし円板状半月板を有する児童や生徒が病院を受診した時点でMRI検査を行うと、すでに水平断裂等の半月損傷を生じているものが多く、とくに年少時よりスポーツ選手を目指していた児童・生徒にとっては進路変更を余儀なくされることが稀ではない。このような事態を予防するためには検診によって円板状半月板を有する児童を早期に発見し的確な指導を行うことが望ましい。そこで我々は小学校児童を対象として円板状半月板の検診を試

みた。

対象および方法

小学4年生以上の児童692名を対象としてアンケート調査を行い、膝の疼痛、伸展制限、屈伸に伴うポキポキ音、腫れの4項目のいずれか2項目以上があると答えた者101名を抽出した。これらの児童に対して整形外科医が直接検診を行い外側関節裂隙痛の圧痛、HHD 2 cm以上の伸展制限 McMurray testでのクリック、関節水腫の有無について評価を行った。その結果、臨床的に円板状半月板を有する可能性が高いと思われた児童47名に対して膝のMRI検査をおこなった。

結果および考察

以上の検診によって692名のうち10名の児童に円板状半月板の存在が確認され、そのうちの1例はすでに半月損傷を生じていた。残りの9例はMRIにて中間型の円板状半月板の像を示したが断裂は認められなかった。

以上の結果より児童における円板状半月板の検診は有用であると思われた。損傷を起こす以前の円板状半月板が発見された児童に対するスポーツ指導や進路指導の方法については今後の検討が必要であり、学校保健の分野に整形外科医が積極的に関与することが望ましい。

関節炎はなぜ慢性化するか？

都立大塚病院リウマチ膠原病科
 聖マリアンナ医大難病治療研究所
 桐蔭横浜大学先端医用工学センター 後藤 眞

(I) はじめに

関節炎のような複雑な事象の本質を理解するためには、現在治療技術として誤解されている EBM や、20 世紀型の一対一対応の科学は、ほとんど役に立たない。分子生物学、遺伝子工学、再生医療研究のおおきなうねりにもかかわらず、断片化された知識技術の寄せ集めでは、関節疾患の遷延化につき、本質的な課題が解決されることなく残されると思われる。超高感度なコンピューターである脳に、直感という洞察力の調味料で味付けすることによって、初めて視野が開けてくると私は信じている。ここでは、関節リウマチを例にして、思い切って 19 世紀的生理解剖学的原点に立ち返って、1) なぜ、加齢により発症が増加するのか？ 2) なぜ緩解増悪を繰り返し、治癒がないのか？の「なぜ」につきレビューし、そこから導き出される関節炎慢性化の成因につき考察してみたい。



者がいると推定される。HLA-DR4 を持つ場合、関節リウマチ発症の危険率は、約 4 倍であるから、DR4 陽性のヒトにとっては、約 2% の発症率となる。このような疫学的数値を踏まえると、特に、関節リウマチは、遺伝的寄与はあるものの、動脈硬化症などの生活習慣病と同じく、加齢という普遍的な現象を基礎に発症すると考えるべきではないだろうか。変形性関節炎の基礎に時間経過による加齢の寄与が、極めて大きいことは、万人の認めるところであるが、関節リウマチの原因にも、この重力と酸素の攻撃という、時間的空間的存在である二足直立歩行をするヒトに、普遍的におきる現象が背後にあると考えざるを得ない。とくに、第 2 次世界大戦以降の比較的長い平和を基礎にした、生活環境の整備、食糧生産の確保、医療の充実により、乳児妊産婦死亡の低下、平均寿命の飛躍的な延長という、ある意味では、人類の勝利といえる成果が達成された。その反面、移動手段、食糧や医療資源の過剰供給により、新たな疾患不具合が、地球を覆い始めている。皮肉なことに、もともと欠乏、耐乏生活に適した遺伝子（節約遺伝子と呼ぶことがある）を組み込まれた人類が、急速に思いも掛けぬ成金生活

(II) 加齢は関節リウマチ発症の基本的な因子？

1) 疫学調査から

膨大な家系調査、遺伝学的研究の蓄積を踏まえた、歴史的疫学研究により、変形性関節炎、ならびに関節リウマチを代表格とする関節炎は、普遍性のある疾患と考えられている。それは、変形性関節炎や関節リウマチを、それぞれ単の疾患と考えた場合（これが大きな問題であるが）、人種、地域、時代に関係なく（文明の進展と共に、発症パターンが平均寿命延長に従って、高齢化に移行しつつあるという変化はある）、約 0.5 ~ 5% の人間がかかる疾患として知られている。現在の世界人口を 120 億とすると、それぞれ、6,000 万 ~ 6 億人の関節リウマチや変形性関節炎の患

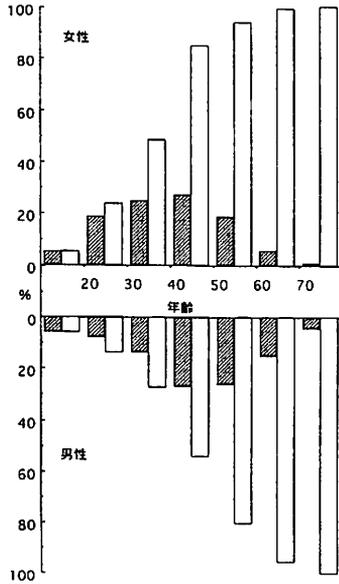


図1 日本におけるRAの年齢別発症分布
 □: 各年齢毎の% □: 各年齢毎の累計%

に浸り始めたばかりに、過剰な富の山に埋もれ、人類の進歩が、予測を超えた不幸をもたらしたのである。運動不足と栄養過剰、医療過剰のため、肥満、糖尿病、関節炎、動脈硬化、骨粗鬆症、高血圧、痴呆、鬱病、癌、などのいわゆる文明病である生活習慣病と野生動物としての自然抵抗力低下の流行が猖獗を極める結果となっている。現代で最も望まれる健康的で知的な生き方とは、喰わない（ダイエットの奨め）、乗らない（ウォーキングの奨め）、医者に行かない（自然治癒の奨め）のないないづくしの19世紀的な生き方であるのは、文明の悲劇というより、喜劇に近い。関節炎とは、具体的には、この地球上に生存するヒトが免れるすべのない、加齢、重力、ならびに酸素などの条件下に生存競争を行うため、長期にわたり厳しい負荷が運動器に加わった結果の破綻だと考えられる。加齢、重力、酸素が、運動器へ及ぼす障害については、関節炎患者の多くが、筋肉量の乏しい女性、無理な動作の作業を継続する者、生まれつきの骨格系の異常者、肥満者、スポーツ選手、老人であることから簡単に推測できるであ

ろう。

図1は、関節リウマチの発症年齢を調べた日本の「90リウマチ白書」のデータを改編したものである。男女ともに、性成熟（老化の開始）とともに関節リウマチの発症が急増し、加齢と共に、患者数が蓄積される様子が示される。女性では、男性より加齢の影響が早く表れ、更年期以降急速に減少する様子がうかがわれる。男性は、発症年齢が女性に比べて右に偏っており、発症の高齢化の傾向がある。欧米での一般人口における関節リウマチの疫学調査でも、ほぼ同様なデータが示され、男女ともに、加齢とともに頻度が増加し、男性では女性より高齢発症の頻度が高くなる。男性では、成人以降の自殺、事故などの不慮の死亡により、本来ならば関節リウマチを発症すべきヒトが除外されるためか、関節リウマチの発症には、女性より多くの時間がかかるのか（加齢が関係しているのか）、より多くの負荷要因が必要とされるためか（女性であることがリスクファクターであるらしいため、単純に考えると、男性であることは、関節リウマチの発症には、最低限、あと2つ因子が必要かもしれない）と考えられる。男性で比較的高齢患者の割合が減少する原因としては、女性の関節リウマチ患者に比べ、男性の関節リウマチは予後が悪いタイプが多いか（現実に男性の関節リウマチでは、悪性と軽症に二分されるという報告がある）、男性の平均寿命が短いためとする解釈が可能である。

2) 加齢とは？

加齢と老化の違いとは何か、老化がどのような機構でいつから開始されるか、科学的な研究がほとんどなされていない現状では、ここで明確に議論する余裕はないが、簡単に定義しておこう。加齢とは、誕生から始まり、発達、成熟、老化と、一方向性の時間経過により進行する、生理機構の総体的な不可逆的な変化と言えよう。内分泌機構の成熟により、女性ホルモンであるエストロゲンの分泌が上

昇すると、長幹骨末端の骨端線（成長板）の破骨細胞の突発的なアポトーシスと石灰化により骨端線の閉鎖が起きる。この10 - 11歳前後が、老化の開始時期とするのが妥当だと考えられる。つまり、身体の容器を形成する運動器の容量が決定される時期が老化の開始時期だと考えられる。

3) 加齢の免疫への寄与を考察する

長幹骨先端の軟骨は、その下層にある骨端線の閉鎖によりクッション作用が低下し、運動時、より荷重がかかる。われわれは、骨格を持ち、陸上生活をする動物であるため、関節を持たざるを得ない訳で、その関節は常時運動が使命で、特に膝、股、足という、大きな力がかかる関節では、通常の運動で体重の2.5倍、もっとも多い場合には、体重の10倍程度の力が加わると計算されている。この水分に富んだクッションがある限りは、軟骨と軟骨が対面しながら動き回り、擦れ合った場合にでも、摩擦係数がゼロに近く、あまり大きな障害を引き起こすことはない。しかし、加齢により、関節軟骨の70 - 80%を占める水分含量やケラタン硫酸の増加をはじめ、コンドロイチン硫酸の4Sと6S比を含む化学組成が変化し、コラーゲン同士のS-S架橋が増加することが知られている。つまり、全体として弾力性が失われ、硬化していく。健康な若年者でさえ、100メートル程度の歩行後であっても、関節液を検索すると、軟骨の小破片や破壊された軟骨から湧出したII型コラーゲン線維を検出することができる。しかも、加齢とともに、運動後の軟骨破壊は加速される。特別な原因がなくても、加齢とともに、われわれの軟骨は磨滅し、破壊

表1 ヒトII型コラーゲンに対する慢性関節リウマチ患者滑膜樹状細胞の反応性

刺激	IL-1(U/ml)	PGE2(pg/ml)
ヒトI型コラーゲン	0	54
ヒトII型コラーゲン	1.7	1205
CB10	0.1	73
CB11	1.6	1198
ヒトIII型コラーゲン	0	35

されていくのである。こうした軟骨の小破片やII型コラーゲンを関節内の滑膜細胞（線維芽細胞、マクロファージ、樹状細胞）が貪食（ファゴサイトーシス、ピノサイトーシス）し、PGE2やIL-1などの炎症惹起性産物を産生することは既にわれわれが報告している(1)。しかも、II型コラーゲンのうち、動物モデルでの関節炎惹起性蛋白として抗原性を示すCB11が、最も強い刺激となることも確かめられている(表1)。ついでながら、刺激により滑膜から遊離されるPGE2やIL-1などの炎症惹起性産物の産生は、アルツヤスベニールのようなヒアルロン酸製剤の関節内注入により抑制される。加齢により、関節軟骨の化学組成が変化するとともに、抗原性が増加することも報告されている。表2によれば、胎児、小児、成人と年齢の異なるヒトの軟骨細胞の膜成分により、T細胞を刺激し、加齢による軟骨成分の抗原性の変化を検討すると、明らかに加齢により、軟骨の抗原性が数倍増加する（ここでは、T細胞の反応性をサイミジンの取り込みで測定している。また、表2は、原文(2)を改編したものである）。加齢により、抗原の側では、抗原性、異物性が増加していると理解される。II型コラーゲ

表2 ヒト軟骨細胞成分に対する慢性関節リウマチ患者T細胞の反応性
(サイミジンの摂取/cpm)

滑膜細胞	成人軟骨細胞	小児軟骨細胞	胎児軟骨細胞	鶏軟骨細胞
4566	18266	5957	7987	18909
± 1172	± 6488	± 2508	± 1891	± 649

ンが抗原となって発症する関節リウマチは、恐らく全関節リウマチの10%程度と推定されるが(3)、加齢とともに関節軟骨のⅡ型コラーゲンが抗原として作用する機会が増加することも原因と考えられる。つまり、関節リウマチ発症の準備は、10-11歳前後の老化開始とともに、始められると想像される。一方、免疫系は、変化の最も明確なNK細胞やキラーT細胞の活性の研究や、免疫系の司令塔的役割を果たす胸腺の研究から、運動器系の老化の開始にやや遅れて、17~20歳前後に最大の機能を獲得し、以後胸腺は急速に萎縮し、全般的な免疫系の機能は緩やかに低下する。抗原側と免疫系との加齢スピードのアンバランスは、恐らく自己免疫疾患全般の発症に重要な因子ではないかと推測される。また、それ以前に発症する若年性関節リウマチについてはどうかというご質問に対しては、データがない現状では、関節軟骨の成長にともなう抗原性の変化と未熟な免疫機能が関与しているのではないかと推察される、とだけお答えしておきたい。

(Ⅲ) 関節リウマチ慢性化は、関節構造の特殊性に由来する？

1) 関節の構造的特徴とは？

関節の基本的な構造とは、その形成にはまだ不明な点が多いが、その発生の過程を眺めると理解しやすい。まず、形成された棒状の軟骨に石灰沈着が起きて、骨化し、体制を規定するHomeoBox遺伝子のwtとそのligandである蛋白Frizzleの濃度勾配によって、apoptosisが誘導され、軟骨が対面する僅かな空間のある関節部位が完成する。われわれの身体の臓器は、すべてがほぼ閉鎖的な腔の内に存在しているが、腔の形成のプロセスから、腔の内圧はわずかに陰圧になっている。関節もその例外ではなく、ほぼ閉鎖的な腔を形成し、その正常内圧は、どの関節も、陰圧で、だいたい-5mmHgである。特別なバリア装置のない、陰圧の半閉鎖腔へは、

血管内の血漿、細胞がほぼ自由に透過することができる。そのため、関節内の滑液の成分は、ほぼ血液と等しい。そこへ混入した血液中のstem cell、関節周囲の繊維芽細胞が、ツタの絡まる白壁のごとく、関節辺縁を被うようになり、関節滑膜が形成される。可動性のある、つまり、滑膜の存在する(滑膜炎の起きうる)関節はわれわれの身体の中に220以上あり、そのすべての関節に滑膜炎である関節リウマチは起きうる。滑膜(あるいは、付着部構造)がなければ関節リウマチはおきえないため、滑膜切除は、大変理論的根拠のある治療法である。多少時間的、重症度的な差異があるにしても、そのような220もある関節に起きうる疾患の背後にあるものは何であろうか。生存し続ける同一個体のすべての関節に、ほぼ平等に起きる現象とは、まず、われわれすべての人間に必ず起きる加齢現象が考えられる。関節リウマチの発症を初期から観察すると気付くが、疾患はまず末梢の小関節(指趾のPIPやMP)からはじまり、時間とともに、頸椎や腰椎へと徐々に中心部に向かって、病気が拡大進行していく特徴がある。それはなぜであろうか。われわれは動物であり、内蔵の活動を含め、特に、脊椎と心肺という身体の2つの軸を中心にした遠心性の運動をとまなう身体の活動を停止することはない。時間経過とともに(つまり、加齢とともに)、末梢関節ほど使う(障害を受ける)頻度が高くなる。力学的な運動量が多い。ここにもタイム・ファクター(加齢)が関係してくると考えられる。

正常の関節腔の内側を裏打ちしている滑膜は、線維芽細胞、マクロファージ、樹状細胞の2-3層の薄い細胞層から成っている。その深層の滑膜下層には毛細血管が走っているが、毛細血管には神経ペプチドYやCを産生放出する神経繊維がツタのようにからみついている。滑膜炎が発症すると下層から毛細血管が進展増殖してきて、滑膜炎を持続させるように働くわけである。

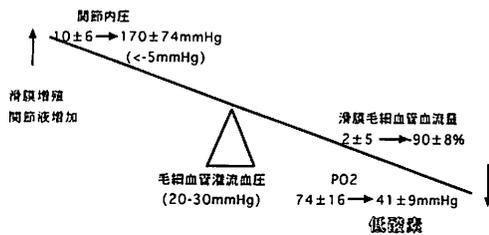


図2 運動誘発関節内低酸素-再灌流傷害

2) 虚血再還流傷害とは？

関節リウマチや変形性関節炎の特徴は、寛解、増悪のサイクルの繰り返しである。関節炎の発生する関節は可動性である。運動により関節内圧は変化する。内圧の変動は、伸展時に最も上昇するが、それでも正常な関節では、内圧変化は大きくはない。しかし、関節リウマチでは、滑膜増殖により、内腔が狭められ、炎症性関節液が貯留するため（800mlという記録もある）、関節内は安静時でも圧が増加している（6 - 33mmHg）。運動時には、内圧の変動は著しい（50 - 400mmHg以上、しばしば、約1,000mmHgにも達する）。関節内圧は、貯留する液量とともに増加する。また実験的に、関節内に、生理食塩水を注入すると、液量の増加とともに内圧が増加する。また、関節を運動させる際の内圧の変化は、運動が持続するとともに、等比級数的に増加していく。そのため、関節内の毛細血管が圧迫され、虚血、再還流障害が常時起きることになる。このため、関節内の pCO_2 の上昇、pHの低下により、アシドーシス状態となり、軟骨、骨破壊の悪循環が止どまることなく続き、関節リウマチは大変難治性となるわけである。このため、関節液を抜く、あるいは滑膜切除をするという操作は、理論的根拠のある治療法となる。関節リウマチの滑膜は、血管新生が著しく、血流が豊富であると信じられている。しかし、正常の場合には滑膜内の毛細血管の分布は、1平方mm当たり200個ぐらいだが、関節リウマチになると平方mm当たり80ぐらいに減少する。3分の1しか

ないのである。これは大変奇異に感じられることだが、滑膜の増殖が激しいために、相対的に血管新生による血管の割合が低下することを意味している。そのために、相対的に乏血状態になるわけである。関節内の毛細血管を自由に血流が交流するためには、30mmHgぐらい必要だと言われている。われわれの普通の血圧を測るような血管は、だいたい130mmHgぐらいだが、毛細血管の場合にはかなり低くても十分血流が流れる。関節リウマチの関節内圧は、だいたい毛細血管を自由に通過するのに必要な値が普段からある。運動することにより関節内の圧力は、正常の場合にはほとんど血流も変化しないが、関節リウマチや変形性関節炎の場合には、安静時はほぼ血流も普通に流れているが、運動すると、90%以上、場合によっては100%血流が完全に途絶する。これまでのところを図2にすると、関節の中で炎症が起きることによって、滑膜の増殖関節液の貯留により、関節内の圧力が、-5mmHgから、2 - 30mmHgにはね上がる。加えて、関節が運動することにより、200 - 300mmHgと関節内圧が高まる。そのため、関節内の血流はほとんど完全に遮断され、普段の場合の半分ぐらいの低酸素状態になり、非常に強いアシドーシスが起きる。こういう状況下では、異常な生理学的な現象が起きてくる。われわれの避けようもないエイジングという現象と、関節が動くという機能の宿命の下に、われわれが普通の日常動作をするたびに、軟骨内のコラーゲンが湧出してくるわけである。それによって、たまたまそこにあった滑膜の抗原呈示細胞である樹状細胞やマクロファージが、反応して炎症性物質を産生し、さらには自己免疫現象を起こすという、関節リウマチで一般的に言われている機構が作動し始めるわけである。滑膜が増殖し、関節液が貯留することによって、関節内の圧が非常に高まり、滑膜中の血流が途絶し、さらに運動により血流が再開し、虚血再灌流傷害が、関節内に起きるわけである。

このような典型的な悪循環が関節内で進行するのが、関節リウマチで、それ故に現時点では、治癒は、不可能という状況になる。ちなみに、大規模な疫学調査で関節リウマチを確実に悪化させるものとして、喫煙が重要視されている。喫煙は、血管を収縮させ、末梢循環系に虚血再還流状態を強力に引き起こすため、心筋梗塞や糖尿病性網膜症に悪いばかりではなく、関節リウマチなどの関節炎にとっても悪玉因子であることが良く理解されるであろう。禁煙は、一般的な健康のみならず、関節炎治療の第一歩かもしれない。

3) リウマトイド因子とは？

関節リウマチといえば、リウマトイド因子が、対句のように思い出される。これまでの膨大な歴史的研究にもかかわらず、リウマトイド因子の形成過程ならびに、病因的意義は未だ不明だが、関節リウマチに特徴的なマーカーとして、診断的価値は現在でも不動の地位を保っている。しかし、多くの膠原病、ウイルス性疾患、肝疾患などでは、リウマトイ

ド因子の陽性率や抗体価は、関節リウマチに匹敵する例も少なくない。健康人であっても、妊娠や加齢により、リウマトイド因子が陽性となることは珍しくない。現在では、リウマトイド因子は、変性したIgGに対する自己抗体であると考えられているが、成因については、ある種のストレスにより陽性化することが考えられているが、関節リウマチそのものが、加齢を基盤に発症するためとも考えられる(4)。しかし、関節内の特殊な環境：虚血再灌流傷害に由来すると考えると理解しやすい。虚血再灌流傷害の状態では、驚くべきことには、蛋白の変性が高率に起きてくる。一例として挙げるならば、IgGの糖鎖構造が、特にIgG3が、虚血再灌流障害に対して反応性が高いと考えられている。そして、変性した糖鎖を持ったIgGは、非常に免疫原性が高くなることが知られている。完全には証明されていないが、リウマトイド因子の産生にも、このような虚血再灌流傷害機構が関与している可能性がありそうである(図3)。

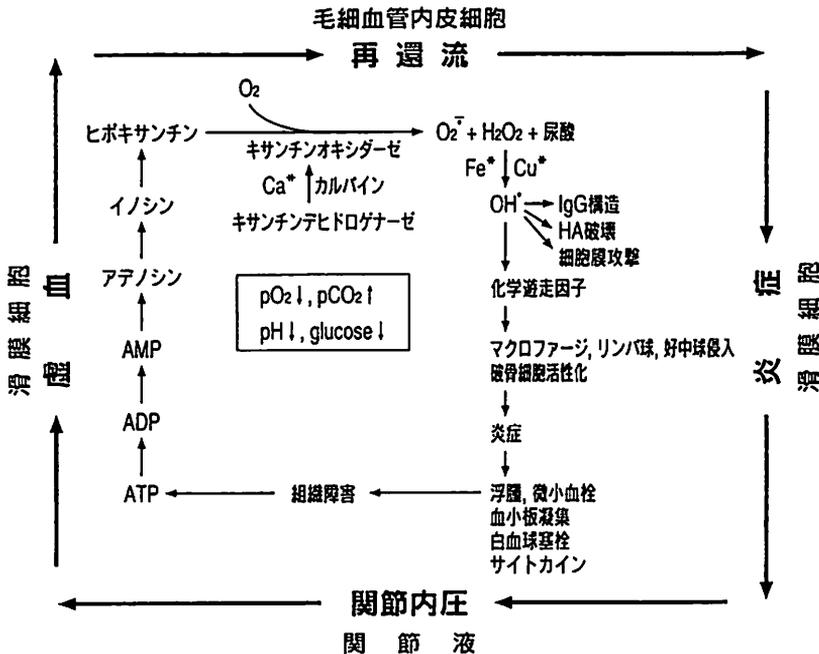


図3 関節内の酸化的再還流障害

4) ヒアルロン酸注入の有効性

以前、筆者等は、ヒアルロン酸の関節機能改善作用および特異な抗炎症作用に注目し、関節リウマチの膝関節にヒアルロン酸の投与を行い、臨床的にも生化学的にも、関節液成分ならびに炎症マーカーの著しい改善を認め、その関節局所における有用性を報告した(5)。最近大規模試験でも筆者の結果が追認され、日常診療でもヒアルロン酸の有効性が確かめられている。従って、今後の関節リウマチの治療においては、こまめな関節局所の治療を、どれだけ早期に効果的に行うかが、その後の関節機能の維持、改善に大きく影響するものと考えられる。

(VI) 最後に

関節リウマチの発症原因のほとんどが、非特異的なもの(加齢、感染、外傷など)で、初期は、非特異的な刺激機構を介して進行すると考えられる。しかし、滑膜では、本来、樹状細胞やマクロファージなどの抗原呈示細胞が多数存在し、抗原性を持った多くの軟骨成分と接触、貧食し、成熟を遂げ、いろいろな自己免疫現象や炎症性の現象が起きる。ついで、リンパ球の刺激活性化と関節内での滑膜増殖活性化により、関節内への樹状細胞、マクロファージ、リンパ球、好中球の遊走が促進される。そして炎症性関節液の増加と、徐々に悪循環回路が形成され、慢性の病態が完成し、炎症や自己免疫現象が悪化するというプロセスが、たぶんメインの原因と考えられる。関節という半閉鎖的な腔で起きる強烈な炎症により、非特異的な免疫反応が多発し、本質的なプロセスを見失いがちであるが、その出発点、初期変化、悪循環回路、慢性期、最終的関節破壊期ともに、関節の生理的特異的機構に基づいているのである。

われわれは必然的に年を取らざるを得ない。そのために、細胞の代謝、死が起きる。半閉鎖腔の陰圧の関節は運動が機能的宿命である。この二つの避けようもない根本的な

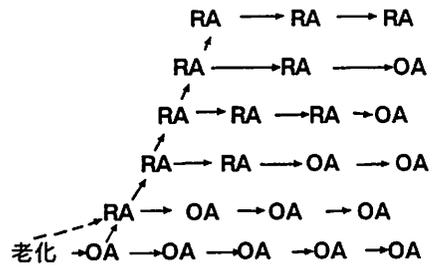


図4 老化とRA,OA

ファクターの下に、われわれがある年齢に達すると、加齢による変形性関節炎を準備するような(まだ症状なども出現しない)、プレ変形性関節炎状態になると考えられる。そこに遺伝的ファクターが加わるか、感染や抗原曝露にさらされるか、あるいはさらに運動や加重負荷が加わることにより、変形性関節炎になるか、あるいは関節リウマチになるかという二者択一的仮想的な分岐点が出現する。

今後関節リウマチの治療が進歩することによって、本当の意味で関節リウマチが完治したとしても、その先には必ず変形性関節炎が待っているため、われわれは関節炎の治療のためには必ず変形性関節炎を視野に入れた研究をする必要があるわけである(図4)。また、図4のように加齢のプロセスに組み込まれた関節は、既に、後戻りの出来ない隘路に進入しているわけで、死亡した細胞のミトコンドリアから遊離されるATPが、代謝経路に組み入れられ、ヒポキサンチンを経て、キサンチンオキシダーゼにより、最終的には、尿酸と活性酸素という組織破壊性産物にまで代謝され、関節傷害に寄与する(図3)。この点から、関節リウマチに有効性のはっきりしている、プリン・ピリミジン代謝経路に關与するメトトレキサート、サラゾスルファピリジン、レフロノミドなどの抗リウマチ剤の作用機序を求めることも可能であろう。また、フリーラジカルを除去するような治療は、投与法さえ的確であれば極めて有効であろう。しかし、硝子軟骨の再生を現時点では望むこと

が出来ないため、本質的には、関節リウマチを含む関節炎の治癒はない。そのためにも、現時点では、全身的な治療とともに、初期の段階から関節局所の治療をも積極的に行い、関節軟骨の損傷、滑膜増殖を可能な限り早期に阻止する事が関節リウマチを有効に治療する道といえる。

追記

本論文は、雑誌リウマチ 39:39-46,1999「慢性関節リウマチの成因：生理解剖学的側面」に加筆したものである。

文献

1. Goto M, Yoshinoya S, Miyamoto T, et al : Stimulation of IL-1 α and β release from human monocytes by CB peptides of type II collagen. *Arthritis Rheum.*31:1508-1514,1988.
2. Alsalameh S, Mollenhauer J, Hain N, et al : Cellular immune response toward human articular chondrocytes. T cell reactivities against chondrocyte and fibroblast membranes in destructive joint diseases. *Arthritis Rheum.*33:1477-1486,1990.
3. Terato K, Shimozuru Y, Katayama K, et al : Specificity of antibodies to type II collagen in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 33:1493-1500,1990.
4. 後藤眞：慢性関節リウマチの発症要因としての加齢。リウマチ科。12:51-60,1994.
5. Goto M, Hosako Y, Katayama M, et al : Biochemical analysis of rheumatoid synovial fluid after serial intra-articular injection of high molecular weight sodium hyaluronate. *Artz. Int J Clin Pharmacol Res* 13:161-166,1993.

滋賀県の花 しやくなげ

ツツジ科に属する常緑低木で高さは2～4mぐらいになります。花はツツジに似てうろこ状をしており、5～6月頃に紅紫色、紅色、淡紅色、白色などの花を咲かせます。

蒲生郡日野町鎌掛の石楠花溪は、昭和6年に国の天然記念物に指定されています。

昭和29年にNHKなど呼びかけにより行われた投票によって指定されました。(昭和29年2月指定)



関節リウマチにおける TNF- α 療法

埼玉医科大学 総合医療センター第二内科 竹内 勤

はじめに

関節リウマチ (rheumatoid arthritis; RA) は、関節滑膜に原因不明の慢性炎症が起こり、その結果、骨・軟骨が破壊され日常生活動作が著しく障害される疾患である。その炎症病態に、炎症性サイトカインやそのレセプター、接着分子、各種免疫担当細胞などが深く関わっていることが明らかとなってきた。これを分子標的とした生物学的製剤が開発され、これまでの治療薬に見られなかった素晴らしい臨床的効果が確認されている。本稿では、RA の生物学的製剤による治療法と日本における現状について概説する。

分子標的としての炎症性サイトカイン

RA の関節炎が起こる最初のステップは、血管内に存在するリンパ球、好中球が血管内皮細胞との接着を介して、関節へ移行する過程である。この過程には、白血球-血管内皮細胞接着やケモカイン、その調節因子としての炎症性サイトカインが関与する。一方、関節局所では、TNF- α 、IL-1、IL-6 の産生が高まり、リンパ球浸潤、滑膜増殖、破骨細胞による軟骨組織破壊といった関節病変形成に深く関わっている。このように、炎症性サイトカインは、RA 炎症病態のさまざまな過程で重要な役割を演じていることから、これをターゲットとした抗サイトカイン製剤が開発され、素晴らしい臨床効果が観察されている。

生物学的製剤の種類

生物学的製剤とは、細胞工学的、あるいは、分子生物学的手法によって作られた、蛋白質製剤である。RA に対して開発された代表的な製剤である。モノクローナル抗体の他に、免疫グロブリン IgGFc 部分との融合蛋白分子が製品



化されている。

共通した問題点は、異種蛋白による副作用や、製剤の安定性、高価なコストなどである。キメラ型モノクローナル抗体は 25% の異種蛋白を含むのに対し、これを少しでも少なくしようと開発が進められ、最近では 100% ヒト蛋白由来のモノクローナル抗体も製剤化された。TNF 阻害製剤はキメラ型抗 TNF- α 抗体インフリキシマブ、完全ヒト抗 TNF- α モノクローナル抗体アダリムマブの 2 つの抗体製剤と、TNF レセプター II (P75) -IgGFc 蛋白エタネルセプトの計 3 製剤で、抗体製剤とレセプター II-Fc 蛋白は、同じ TNF でも作用点が多少異なる。

1) キメラ型抗 TNF- α モノクローナル抗体

(一般名：インフリキシマブ、商品名：レミケード、クローン名：cA2)

インフリキシマブは、TNF- α と強く結合するマウス可変領域と、ヒト IgG1 κ 鎖からなる“あいのこ” (キメラ) 抗体である。抗原結合部位を含むマウス Ig 可変領域は全分子の 25% を占め、ヒト IgG 定常領域由来の部分は 75% を占める。

DMARD 抵抗性の難治性 RA を対象とした単回投与試験では、従来の DMARD にみられない鋭い切れ味と、劇的な効果が報告された。教室で経験した 2 例においても、疼痛関節数、

腫脹関節痛は数日で減少し、CRP 値も1週後には低下するなど、優れた効果を示したが、中止後症状、検査値は投与前に戻った。

インフリキシマブ単独療法とMTX併用療法：インフリキシマブ単回投与では中止後の再燃が問題となり、これを克服するために行われた反復投与では、抗キメラ抗体（中和抗体）の産生によると思われる効果減弱が指摘された。中和抗体の出現頻度はRAで約20～40%にのぼったが、MTX併用下にインフリキシマブを投与したところ、この中和抗体はほとんど検出されない事が判明し、インフリキシマブ+MTXコンビネーション療法の有効性が検証された。その結果、MTX併用のインフリキシマブ3～10mg/kg 4～8週投与群は、MTX単独のプラセボ群に比較して、投与30週後にACR20%反応率の明らかな向上を示しその臨床的有効性が確認された。MTXによる免疫抑制効果によって、中和抗体産生が抑えられたと解釈されている。このようなMTXの補助効果は、MTXのみならず他の免疫抑制薬にも認められることが、クローン病に対して投与されたインフリキシマブの試験で最近明らかとなった。

ATTRACT研究：Infliximab + MTXコンビネーション療法の有効性、安全性を検証する多施設共同臨床試験が、北米、ヨーロッパを中心に行われた（ATTRACT研究：Anti-TNF in RA with concomitant MTX）。MTX7.5mg/週投与されてもなお活動性のコントロールが不可能なRAを対象として、プラセボ群、4週あるいは8週ごと3mg/kg群、4週あるいは8週ごと10mg/kg群（これら4群は、最初0、2、6週で投与し、その後4あるいは8週間隔で投与）の5群で検討された。投与54週においてもInfliximab（3mg/kg）+MTX併用群は他の3群と同等の効果を示した。一方、54週後の関節破壊に対する効果は、破壊度をvan der Heijde変法で半定量化して比較した結果、プラセボ群に比べ、実薬投与群すべてにおいてほぼベースラインという画期的な成績を示し、

この治療法が単に臨床症状を改善させるだけでなく、関節破壊を強力に押さえ込む効果があることが明らかにされた。

インフリキシマブ投与の実際：日本において実施された治験での対象症例から、インフリキシマブ治療の適応になるRAを想定すると、MTX 6 mg/週を3ヵ月投与しても活動性のコントロールが不良な症例が適応となる。投与は、体重あたり3 mgを生理食塩液250mlに溶解し、2時間かけて点滴する。投与開始15分は、注射時反応に注意し特に、ゆっくり点滴する。その後、2週後、6週後に投与し、さらに8週毎に繰り返し投与を行う。

インフリキシマブの副作用

- 1) 注射時反応：注射時反応には、投与後1～2時間で起こる急性反応がある。掻痒感、蕁麻疹などの皮膚症状、胸痛、呼吸困難などの心肺症状、アナフィラキシーショックなどが報告されている。MTX併用療法での注射時反応は5%程度で、中止に至ったものは2%程とされている。重篤なアナフィラキシーショック時には、静脈路を確保、酸素、エピネフリン投与を行う。ステロイド剤は速効性はなく、投与後30分程から効果が現れる。2～4年後の再投与の反応はより重篤で、10%ほどに発熱、筋肉痛、関節痛などが出現したとされる。
- 2) 感染症：結核の発症リスクを7倍程に高めるとされ、投与3回目以内に75%が発症している。結核罹患率の高い地域に起こることもから、新たな結核の感染ではなく、既感染、不顕性感染の再活性化と考えられる。これ以外に、カリニ肺炎、真菌症などの細胞内寄生感染症が報告されている。一方、一般細菌による感染症においても、発熱、全身倦怠感などの症状がマスクされ、診断、治療が遅れることがある。そのため感染症が重篤化することも多く、十分な注意が必要である。
- 3) 他の自己免疫疾患：自己抗体やSLE様症状の出現が報告されているが、SLEは症状が

軽症で臨床的に問題となる例は少ない。一方、多発性硬化症や視神経炎には投与禁忌とされている。

- 4) 悪性腫瘍：悪性腫瘍の発生頻度は一般対象と同等とされているが、悪性リンパ腫の頻度が高まるのではないかと懸念から、注意深い観察が求められている。今後、厳密に観察、検討していく必要がある。
- 5) うっ血性心不全：NYHA3~4度の心不全では、それを悪化させる恐れがあることから、禁忌である。

2) TNFR2 (p75)-IgGFc 融合蛋白

(一般名：エタネルセプト、商品名：エンブレル)

TNF α の種々の生物学的作用は、細胞の表面に発現された特異的レセプターであるTNFレセプター(TNFR)と結合することによって発揮される。TNFRには分子量55kDのTNFR1(p55, CD120a)と75kDのTNFR2(p75, CD120b)の2種類が存在する。このうちp55は上皮系細胞などに、p75は活性化T細胞やB細胞に主として発現される。エタネルセプトはTNF-R2が2分子、ヒトIgGIFc部分1分子からなる融合蛋白で、2価の可溶性TNFR分子としてTNF α 、Lymphotoxin(LT, TNF β)に結合してその作用を阻害する。

エタネルセプトをRA患者に3ヵ月間、週2回皮下注で投与した多施設共同研究によると、ACRコアセット指標による評価で20%以上改善した患者の割合(ACR-20反応率)は、75%、ACR-50反応率も57%と素晴らしいものであった。その後、多数例を対象としたMTX併用試験では、ACR20:71%、ACR50%:39%という素晴らしい成績が報告されている。

エタネルセプトに特有の副作用に、皮下注射部位の紅斑、掻痒感、疼痛、および腫脹がある。大部分が軽度で中止に至る症例は皆無であった。臨床試験中にみられたアレルギー反応は0.5%以下と稀で、アナフィラキシーは認められなかった。重篤な有害事象として、感染症、悪性腫瘍が報告されている。悪性腫瘍について

は、745例で18ヵ月の観察期間中に7例の患者が発生したが、これは一般の発生率と同等と考えられた。しかし、これまでにエタネルセプト投与患者の18例に悪性リンパ腫が発生したとの報告がなされ、インフリキシマブ同様、悪性リンパ腫の発生頻度が高まるのではないかと指摘がなされている。一方、感染症の頻度は高く、745例中重篤な感染症は22例(約3%)に認められた。腎盂腎炎、感染性関節炎、肺炎、気管支炎、腹腔内膿瘍、蜂窩織炎、骨髄炎、敗血症などである。

抗核抗体、抗2本鎖DNA抗体は、抗カルジオリピン抗体が陽性化する頻度が若干高いと報告されているが、臨床的にSLEや他の自己免疫疾患様の症状を呈した患者は観察期間中にはいなかった。

3) 完全ヒト抗TNF- α モノクローナル抗体

(一般名アダリムマブ、商品名Humira、クローン名:D2E7)

キメラ型抗TNF- α モノクローナル抗体の素晴らしい成績を受けて、問題点の一つであった中和抗体が理論的に生成されない画期的な完全ヒト型の抗TNF- α モノクローナル抗体D2E7が欧州で開発され、治験がスタートした。その臨床効果は、キメラ型モノクローナル抗体とほぼ同等で、しかも本製剤は、静脈内投与のみならず、皮下注射製剤も開発された。欧米での皮下注射製剤による治験では、先のキメラ型抗TNF- α モノクローナル抗体infliximab同様の素晴らしい臨床効果が証明されており、TNF- α を標的とした治療法が、RAに対していかに優れた治療法であるかを強く印象づけることになった。これらの臨床的効果、および関節破壊の進行を抑制する効果が認められ、2002年12月、米国でRAに対して承認された。その用法は、40mgを2週間に一回皮下注射するというものである。

生物学的製剤—今後の展望

Eternceptは1998年、Infliximabは1999年MTX抵抗性の慢性関節リウマチに米国で承認

された。一方、Eternceptは、MTX 不応例のみならず、すべてのRAへと適応拡大しようとしている。さらには1999年11月に行われたアメリカリウマチ学会での報告によると、早期RAを対象としたMTXとの二重盲検試験で、Eternceptが臨床効果、骨破壊の優れた抑制効果が証明された。Eternceptは、欧米でRA第一選択薬の90%として広く使用されているMTXよりも、早期から優れた臨床効果が期待できる薬剤であることを強くアピールした。今後、長期安全性に関する情報の蓄積と注意深い観察が必要と考えられる。

もう一つ解決しなければならないのは、生物学的製剤による治療を、生涯続けなければならないのか？仮に止められるとしたら、それはどの時点か？という問題点である。日本でのInfliximab早期第二相試験では、投与終了後一時的な再燃があるものの、メソトレキセートなどの免疫抑制薬に対する感受性が高まり、投与終了12ヶ月にもコントロール状態が良好であることが観察された。安全性、経済性の観点からも、短期集中的に使用する方法も考慮すべきと考えられる。ACR50%、ACR70%反応を示した著効例では、継続投与を中止してもその後安定した効果が持続するという報告がなされ、今後このような投与法の再検討が進むものと思われる。

リウマチ薬物療法は、かつて経験した事のない早さで変貌を遂げようとしている。その目的とするところは、単に炎症のコントロールのみでなく、骨破壊の阻止、さらには完全寛解から治癒へと向けられていくと期待される。

文献

- 1) Fox DA : Biological therapies : A novel approach to the treatment of autoimmune disease. *Am J Med* 99:82-88,1995.
- 2) O'Dell JR : Anticytokine therapy. A new era in the treatment of rheumatoid arthritis? *N Engl J Med* 340:310-312,1999.
- 3) 天野宏一、竹内勤：慢性関節リウマチの新

しい治療－抗サイトカイン療法の位置づけ。内科 83:341-344,1999.

- 4) Brenann FM,Maini RN,Feldmann M : TNF α – a pivotal role in rheumatoid arthritis? *Br J Rheumatol* 31:293-298,1992.
- 5) 竹内勤、天野宏一：新しい治療法の考え方。生物製剤の現状と展望。日本内科学会雑誌 89:2146-53,2000.
- 6) Maini RN et al.Infliximab (chimeric anti-tumor necrosis factor α · monoclonal antibody) versus placebo in rheumatoid arthritis patients receiving concomitant methotrexate.*The Lancet* 354:1932-39,1999.
- 7) Lipsky PE,Desiree MFM,van der Heijl,et al.Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis.*N Eng J Med* 343:1594-602,2000.
- 8) Baert F,Noman M,Vermeire S,et al.Influence of immunogenecity on the long-term efficacy of infliximab in Cron's disease.*New Eng J Med* 348:601-8,2003.
- 9) Brown SL,Greene MH,Gershon SK,et al.Tumor Necrosis factor therapy and lymphoma development.*Arthritis Rheum* 46:3151-58,2002.
- 10) Moreland LW,Baumgartner SW,Schiff MH et al. : Treatment of rheumatoid arthritis with a recombinant human tumor necrosis factor receptor(p75)-Fc fusion protein.*N Eng J Med* 337:141-147,1997.
- 11) Weinblatt ME,Kremer JM,Bankhurst AD et al. : A trial of etanercept,a recombinant tumor necrosis factor receptor : Fc fusion protein,in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate.*N Engl J Med* 340:253-259,1999.
- 12) アダリムマブの論文 A&R
- 13) Abe T and Takeuchi T.Rheumatoid Arthritis and tumor necrosis factor α .*Autoimmunity* 34:291-303,2001.

人工関節手術におけるナビゲーションとロボット支援手術

大阪大学大学院 医学系研究科器官制御外科学講座 菅野伸彦

【はじめに】

整形外科においてロボットやナビゲーションなどのコンピュータ手術支援システム (CAS) の臨床応用がひろがりつつある。整形外科で最初に臨床使用された手術支援ロボットは ROBODOC である。CT データから患者個々の骨格の 3 次元形態情報に基づく洗練された手術計画どおりに手術を精度よく施行するために考え出された。1980 年代にセメント非使用人工股関節 (THA) が普及する中で、ステムの不適切なサイズ選択、不良設置、術中骨折などによる成績不良例が問題となり、CT データでの 3 次元的な手術計画どおりにロボットアームで制御したカッターで人工関節設置骨母床を掘削する ROBODOC が開発され 1990 年代から臨床使用が始まった。その後、手術行為は外科医の手によって行われるが、その位置や方向をガイドするナビゲーションが様々な位置センサーの登場とともに開発され、臨床的にも広がりがつつある。本稿では、人工関節手術における ROBODOC やナビゲーションの効能を



記載するとともに、低侵襲手術 (Minimally Invasive Surgery: MIS) とのかかわりについて述べる。

【手術支援ロボット】

ROBODOC は、患者の CT データをもとに人工関節のコンピュータ形状 (CAD) データを使用した 3 次元的な術前計画をたて (図 1)、ロボットで骨掘削ドリル型カッターを計画された人工関節ラズプの 3 次元形状どおり正確に動かして手術を行う方式である (図 2)。1994 年のセメントレス THA 米国臨床試験では、SF36 や Harris hip score などの臨床評価では有意差がなく、ROBODOC 症例の方が有意に手術時間と出血量が多い反面、術中大腿骨骨折の合併症がなく X 線学的に

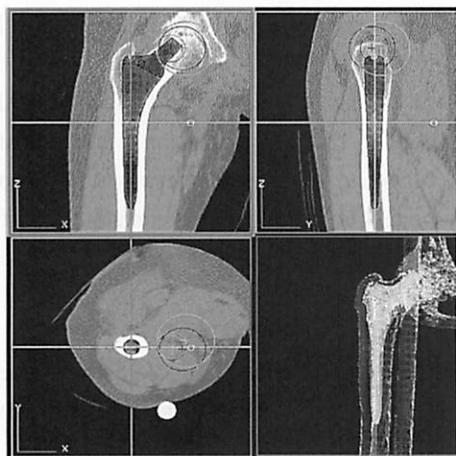


図 1 CT 画像上での ROBODOC の手術計画



図 2. ROBODOC での大腿骨髄腔掘削

Fit & Fill やアライメントが従来法よりも有意に優れていることが示された。1994年から1997年でのフランクフルトの900例のデータでは、安全で精度の高いシステムであることが示された。またセメントステムの再置換時に大転子をはねたり大腿骨遠位を開窓することなく骨折を起こさずに安全にセメント除去ができることが示された。日本での2本ピンレジストレーション法の臨床治験の結果でも、術前計画どおりの手術がなされ、骨折などの合併症もなく、経食道下心エコーで観察した術中肺塞栓の程度が従来法よりも明らかに少なかった。術中の肺塞栓量が少なければ、術後深部静脈血栓症が少なく、ひいては血栓肺塞栓も少なくできると思われる。骨と人工関節の界面の隙間が少なければ、セメントレスでも術後早期全荷重が行い易いと考えられる。ただし、従来法でも人工関節周囲の骨との間隙はある程度患者の骨欠損修復能力で骨により埋められ、たとえ骨折例でもある期間免荷により早期ゆるみに至ることは回避できるかも知れない。従って、長期的に骨界面への磨耗粉の侵入防止効果や骨への荷重伝達の均等化での萎縮防止効果、最終的には長期的なゆるみ減少にいたる効果が得られるかは、更なる長期追跡調査が必要である。手術支援ロボットを使用した人工膝関節全置換術(TKA)では、アライメントの外れ症例が少なくなることが報告されている。現行のTHAやTKAの手術支援ロボットでは、皮膚切開は従来法と変わりはないが、小切開手術が望まれる時代に狭い術野で正確な手術操作をする上で重要な道具となりうる潜在力はある。今後ナビゲーションとの融合や、脊椎手術や骨切り術、骨折などにも対応できるモジュールなど新しいシステムが開発されれば、様々な整形外科手術に使用しやすい道具になるかもしれない。

【手術ナビゲーション】

近年、手術室で使用可能な3次元位置セン

サーの開発により骨格や手術器具の位置と方向をコンピュータ画面上に表示する手術ナビゲーション技術がTHAやTKAでも活用されるようになってきた。現在までに白蓋側カップの設置角度をガイドするシステムや、大腿骨側も加えて可動域や脚長の最適化を行うシステムが報告されている。ROBODOCと同様に、あらかじめ術前手術を行う部位のCT撮影を行い、コンピュータ上でCTデータをもとに手術計画をたてるシステムであるため、拡大率や不適切な回旋位での撮影により精度に大きな影響を受けるX線写真での術前計画に比較してインプラントのサイズ選択が非常に正確となる(図3)。手術室では、骨格に位置計測マーカをつけてセンサーでマーカ位置をリアルタイムに追跡しながら、マーカに対して骨格がどのような位置関係にあるかを位置合わせすることで、骨格の位置をリアルタイムに計測することができる。この位置合わせをレジストレーションという。レジストレーションには、骨表面をマーカ付ポインターで触って30点ほどの骨表面点を取得し、これらの点が骨表面モデルにはまり込むような表面形状マッチング手法を用いる。レジストレーション後はマーカがずれない限り、手術対象物である骨に対して、リーマーや人工白蓋を設置したりする操作の位置と方向を術具につけたマーカの位置を計測することで、正確にコンピュータ画面上に表示することができる。ナビゲーションを用いることで、人工股関節のカップの角度や脚長差のばらつきを抑制し、はずれ値をなくすことで脱臼率を軽減させ、磨耗を減少させて成績向上につなげられる。TKAではアライメントが中央から2度以内に収まらないはずれ値が有意に低下することが報告されている。アライメントがよければ、磨耗やゆるみなどの長期成績向上が期待できる。

【CASとMISの融合】

内視鏡外科の広がり、低侵襲手術



図3 CTベースナビゲーション上での手術計画

(Minimally Invasive Surgery : MIS) が入院期間を短縮し、早期社会復帰をもたらすことを示している。人工関節手術においてもこの流れは同様であるが、単に皮膚切開が小さいこと (Mini-Incision Surgery) が低侵襲のように誤解される向きもある。確かに、無駄に皮膚切開を大きくしない方がいいが、THAやTKAでの本当の侵襲度は骨をいかに愛護的に掘削するか、また関節包や筋腱を保護できるかが重要である。皮膚切開が小さいと筋鉤で皮膚圧迫による疼痛や狭い視野での止血不足による血腫を引き起こすとともに、インプラントの設置不良や骨折などの合併症の増加を起こしうる。そこで、ロボットやナビゲーションなどのCASが、MISにおいて骨掘削の精度と安全性を高め、インプラントの

設置角度の正確性を向上させることに役立つと考えられる。今後CASとMISが融合することで、この技術の進歩の推進力となる。

【おわりに】

ナビゲーションや人工関節用骨掘削ロボットなどの実際の臨床的評価を受けている段階のシステムも更なる改良や高機能化が進み、MISに対応できる方向へと向かっている。整形外科の他の領域の手術用にも様々なシステムが競って開発されており、コンピュータおよびロボット手術支援システムは既存の手術治療法を低侵襲で安全正確なものにするだけでなく、新たな手術治療の開拓へと展開することが多いに期待される。

スポーツ科学からみた変形性膝関節症

九州大学病院 リハビリテーション部 三 浦 裕 正

はじめに

本邦での1年間における変形性膝関節症(以下膝OA)の初診患者は約90万人と推定されている¹⁾。また厚生労働省長寿科学研究事業の一環として我々が実施した疫学調査においても、X線上、明らかな膝OAの所見を有するものは、男性で23.2%、女性で31.1%と高率であり、膝OAは極めて発生頻度の高い疾患と言える。

このように高率に発生する膝OAは、発症要因や治療、予防の面でスポーツとの関連性を少なからず有している。これまで両者の関連性に関して、断片的に語られることはあっても、統合的な分析はなされてこなかった。本稿では、スポーツと膝OAの関わりについて、①発症要因としてのスポーツ、②膝OAの予防、治療としてのスポーツ、さらに③人工膝関節置換術(以下TKA)後のスポーツ、の3つの異なった観点から考察を加える。

1. 膝OAの発症要因としてのスポーツ

スポーツ活動が膝OAを招来するか否かについては多くの議論があるが、Laneらはスポーツ種目による影響が強いことを指摘している。すなわち、衝撃荷重の少ない種目では、外傷やアライメント異常を伴わない限り、OAは起こりにくいが、強い衝撃やねじり動作が加わる種目では、正常膝でもOAが起こりやすく、特にトップアスリートではその傾向が強いと報告している²⁾。また体重や大腿四頭筋力の影響も指摘されており、Slemendaらは大腿四頭筋力の体重比が小さいとOAになりやすいと述べ³⁾、またMcAlindonらは高い活動性は、高齢者ではOAの危険因子となり、特に肥満が存在する場合にはその傾向が強くなると報告して



いる⁴⁾。

このような通常のスポーツ活動による膝OAとは別に、スポーツ障害・外傷に伴う膝OAも無視することはできない。スポーツ外傷として頻度の高い半月板損傷に対して、過去、関節切開による全切除が一般的に行われていたが、荷重分散機能を持つ半月板の消失によりOAが発症することは、すでに1948年にFairbankらにより報告されていた⁵⁾。その後も半月板全切除後のOAの報告が相次いだため、全切除は次第に姿を消し、現在では部分切除か、適応がある場合は半月板縫合が標準的な治療法となっている。

また前十字靭帯損傷と膝OAも深い関連があり、未治療のACL損傷では10年から20年で30~80%にOAが進行してくる。増悪因子としては、不安定性の程度が強いもの、半月板合併損傷に対して切除術を受けたもの、比較的高齢者、アライメントが内反、また受傷後に活動性が高いものがあげられる。

2. 膝OAの予防・治療としてのスポーツ

膝OAでは大腿四頭筋力が低下し、症状や膝不安定性の増悪、歩行能力低下につながる事が知られているが、我々は、膝OAに関する疫学調査において、前方手伸ばし、

10m 速歩、ステップ台昇降、つぎ足歩行、大腿四頭筋力の5項目の運動能力テストを実施し、膝 OA と下肢運動能力との関連性について検討した。対象者 450 名のうち、X 線上 Kellgren-Lawrence 分類の grade 2 以上の OA を有するものは 130 名、OA なしは 320 名であった。OA の有無と疼痛、可動域制限、大腿四頭筋力の低下などの臨床所見との関連について検討したところ、歩行時痛は OA なし群の 12.9% に、有り群の 33.8% に、可動域制限は OA なし群の 10.6% に、有り群の 44.6% に認めた。また大腿四頭筋力は OA なし群のほうがより高値であり、これらはいずれも統計学的有意差を認めた。次に OA の有無と運動能力の関連について検討したところ、いずれの項目についても OA なし群のほうが、運動能力として優っており、つぎ足歩行以外はいずれも OA なし群と有り群の間に統計学的有意差を認めた。すなわち、OA 罹患によって、有意に膝の症状を呈し、下肢運動能力の低下を来すことが示唆された。

さらに OA に伴う臨床所見と下肢運動能力の関連について検討した。膝に関する因子のうち、大腿四頭筋力と可動域の制限は運動能力に大きく関与していたが、X 線所見と運動能力との間には、いずれも有意な関連を認めなかった。OA 膝における X 線所見は、大腿四頭筋力低下や疼痛の程度と比較して、さほど運動能力を反映しないとの報告もみられ、今回の我々の結果と一致している。以上のように膝 OA では大腿四頭筋力の低下とこれに伴う運動能力の低下が認められ、大腿四頭筋力を増強させることが重要な意味を持つ。

では、膝 OA に望ましいスポーツとはどのようなものであろうか。ジョギングなどは大きな衝撃荷重が直接体重が膝に作用し、特に肥満、大腿四頭筋力低下、lateral thrust の存在、内反変形や屈曲拘縮を伴う場合には、ジョギング障害が起りやすく、これらの要素をすべて含む膝 OA では、症状の悪化を

招く危険性が高い。無理がかからない程度のウォーキングや自転車、水泳など膝に負担の少ないスポーツを選択すべきである。ウォーキングは衝撃が少なく、全身持久力向上や体脂肪減少、また大腿四頭筋力向上に効果がある。20 分以上の軽い早歩きが、望ましいが、疼痛時には無理をしないことが重要である。

3. TKA 後のスポーツ

TKA によりもたらされた除痛と膝機能改善は、患者の活動性を向上させる。患者の中には術後にスポーツ活動を希望する者も存在するが、治療側のスタンスとして、インプラントの耐用性や骨折、脱臼などを危惧し、スポーツ活動を制限する傾向があることも事実である。しかしながら、TKA 後のスポーツによる適度な力学的刺激は、骨質を改善し、インプラントの固定性を向上させ、ルースニングの発生率を低下させることが報告されている。TKA 後のスポーツ活動に関する Knee Society メンバーへのアンケート調査によると、衝撃性の高いジャンプ系、コンタクト系のスポーツは禁止しており、低衝撃性のスポーツである低衝撃性エアロビクス・ダンス、静止自転車、ボウリング、ゴルフ、乗馬、ウォーキング、クロケット、水泳、射撃などを推奨している⁹⁾。注意すべきは禁止種目にジョギングが含まれていることであり、体重の 8～10 倍という大きな関節力が衝撃的に、しかも反復して作用する運動であることを考慮すべきであろう。

TKA 後のスポーツ活動を望む患者への対処法は、①膝への衝撃の少ないスポーツに限定する。②未経験のスポーツは避ける。③スポーツを行うことにより、ポリエチレンの摩耗や脱臼、骨折などの危険性が高まることを十分説明する。④術後に十分筋力が回復してからスポーツを開始させる。⑤万が一、脱臼や骨折が発生したらスポーツは禁止することに集約することができる。

おわりに

スポーツは使い方によって、膝 OA の発症因子や増悪因子ともなれば、逆に症状や運動機能を改善させる有効な治療手段ともなりえる。スポーツの危険性と有用性を十分理解し、上手に利用することによって、膝 OA の予防、治療に役立てることが重要である。

参考文献

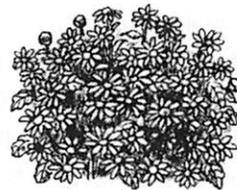
- 1) 川村秀哉、杉岡洋一、廣田良夫、他：変形性膝関節症の疫学 — 患者数推定と患者調査結果の検討 —。整形外科と災害外科 44 : 12-15,1995
- 2) Lane NE : Exercise : A cause of osteoarthritis. J Rheumatol suppl 43:3-6,1995
- 3) Slemenda C, Heilman DK, Brandt KD, et al. : Reduced quadriceps strength relative to body weight : a risk factor for knee osteoarthritis in women? Arthritis Rheum 41:1951-1959,1998
- 4) McAlindon TE, Wilson PW, Aliabadi P, et al. : Level of physical activity and the risk of radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham study. Am J Med 106:151-157,1999
- 5) Fairbank TJ : Knee joint changes after meniscectomy. J Bone Joint Surg 30-B:664-670,1948
- 6) Healy WL, Iorio R, Lemos MJ : Athletic activity after joint replacement. Am J Sports Med 29:377-388,2001

兵庫県の花 ノジギク

のじぎくは我が国固有の植物で、自然分布の個体数としては兵庫県が最も多いと言われています、特に姫路市、高砂市付近の海岸部に多く見られます。

NHK が郷土の花を募ったとき、兵庫県の花として選ばれました。11 月頃白い花を咲かせます。

(昭和 29 年 選定)



転移性骨腫瘍に対する整形外科的治療

姫路赤十字病院 整形外科 青木 康 彰

はじめに

現在では癌が日本人の死因の第1位で3割を占めるようになった。その中でどれほどの人に骨転移が見られるのかははっきりした統計がないためによくわかっていない。欧米の統計から推計すると15 - 25万人に骨転移がみられるのではないかとされている。しかし、従来の整形外科医は骨転移の治療に対して冷淡であり、あまり積極的に取り組もうとしてこなかった面がある。ところが、今患者のQOLの向上という命題が声高に叫ばれるようになり、また整形外科で使用できるinstrumentが豊富になったこともあり、積極的に骨転移の治療に取り組む整形外科医が現れてきた。私もその一人である。今回は多くの先生方に現在の転移性骨腫瘍に対する治療を知っていただくために、私の経験から得られた治療方針についてまとめてみました。

治療の目的

治療の目的は、疼痛の緩和と骨折や麻痺によるADL障害の改善により患者のQOLを向上させることである。癌を治すことが目的ではないことをよく認識しておく必要がある。

治療の手順

診断：

転移性骨腫瘍の治療もふつうの整形外科疾患の治療と同様にまず診断が重要である。診断には次の3つの段階がある。まず第一に患者の症状の原因が転移性骨腫瘍によるものであるかどうかの診断である。このためには十分な問診と各種画像診断（レントゲン・CT・MRI・シンチ・PET）、血液・尿検査（癌マーカーなど）、細胞診・生検による病理検査な



どがある。第二に部位診断である。転移性骨腫瘍は多発性であることが一般的であるため現在の症状を引き起こしている原因部位、治療すべき部位を決定する必要がある。最後に治療に影響する因子（患者の全身状態、内臓転移の有無、化学療法・ホルモン療法の反応性、放射線感受性など）の確定である。これらのことができてから治療方法の選択に移る。

ここで注意したいことは、原発癌の診断が絶対必要というわけではないということである。もちろん、乳癌や前立腺癌のように原発がわかれば治療法の選択肢が増えるものもあるが、消化器癌や肺癌のように原発巣が判明しても予後がわかるぐらいで転移性骨腫瘍の治療に役立つわけではないものも多い。またいくら探しても原発癌が不明なものが10 - 15%存在している。麻痺や病的骨折を起こしている患者には早急な手術が必要になるので原発巣の探索に時間を割いて治療が遅れるようなことは避けるべきである。

治療方法の選択：

治療方法には次の4つがある。①鎮痛剤・麻薬による保存療法、②放射線療法、③化学療法・ホルモン療法、④手術的治療である。治療の第1選択は鎮痛剤・麻薬の投与と放射

線治療である。これらの治療法が適応となるのは疼痛だけで骨折のない長管骨骨折や麻痺のない脊椎転移である。鎮痛薬・麻薬の使用はWHO方式の3段階除痛ラダーに従うのが有用である。鎮痛剤・麻薬に関しては緩和医療の観点からすると他の治療法と同時併用していくことが望ましいと考えられる。多くの転移性骨腫瘍に対して放射線治療は有効であり、これにより80-90%の症例に効果があると報告されている。第2の選択肢として化学療法・ホルモン療法があるが、これらは乳癌や前立腺癌に対して有効である。また、手術や放射線治療と併用して行われることも多い。しかし、これら薬剤や放射線による治療や化学療法・ホルモン療法では骨折もしくは骨折準備状態 impending fracture にある四肢長管骨転移や麻痺を起こした脊椎転移にはほとんど効果がない。このような場合には第3の選択肢である手術療法が行われる。病的骨折はレントゲン上の骨融解像が2.5cm以上ある場合や骨皮質の50%以上に病巣が見られる場合などに高率に起こると報告されている¹⁻⁴⁾。また、骨折してから手術をするよりも骨折前に手術の方が機能的予後が少しよいようなので、純粋に骨融解型の転移で疼痛があれば手術を早くするほうがよいと考えている。

ところで、手術の適応によく患者の予後が

3ヶ月以上とか6ヶ月以上とかいう条件を付けている報告が見られる。転移性骨腫瘍患者の予後予測にはいくつかの方法が提唱されているが⁵⁻⁷⁾、そのために検査を必要とすることもあり外来ですぐに予測をするわけにはいかないことも多い。そこで筆者は次の条件を満たせば手術を行っている。①手術を行うことで機能の改善の可能性がある、②麻酔・手術が無事に行える全身状態である、③患者が手術を希望している、の3点である。

手術方法および成績

以上の考えから筆者は四肢長管骨に関しても脊椎に関しても術後早く動けることを目標に強固な固定を行うようにしている。

まず、四肢長管骨について述べる。通常の骨折であれば固定が不十分でも安静期間を長くすれば骨癒合が起こり骨折を治すことができるが、転移性骨腫瘍の場合は手術を行ったからといって骨癒合が起こるとは限らないということを念頭に置く必要がある。すなわち、術直後から強固な固定が得られるようにすることが大切である。そのため長管骨の転移に対する手術としては髓内釘固定が最も適している(図1, 2)。関節部に近くて髓内釘固定ができないときは人工関節置換が適応となる(図3)。上腕骨に対しては関節部に近い場合に転移巣の切除-骨頭部の切除や顆部

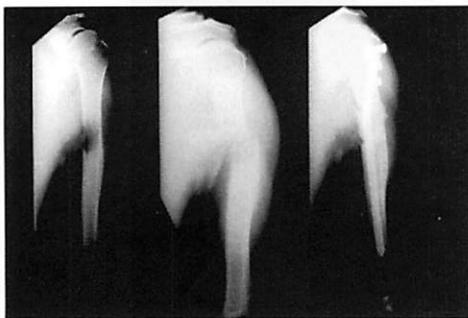


図1 70歳男性。腎癌の左上腕骨転移。髓内釘固定で死亡までの4ヶ月間は左上肢の症状はなかった。

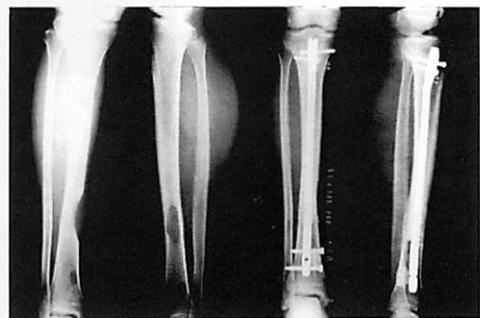


図2 77歳男性。腎癌の右脛骨転移。髓内釘固定で術後6ヶ月の現在も疼痛なく歩行している。

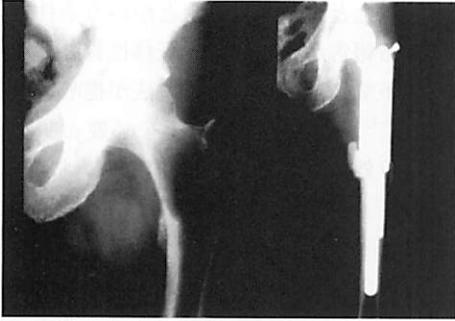


図3 64歳男性。肝癌の左大腿骨転移。腫瘍用の人工骨頭に置換。死亡までの7ヶ月間疼痛なく歩行可能であった。

の切除のみで固定や人工関節置換をしないという手術でも疼痛はとれて手の機能は改善する⁸⁾。人工関節置換は機能的に劣ると考えられているが筆者の経験では、髄内釘固定と変わりはない⁹⁾。長管骨転移に対する手術ではほぼ全例に疼痛の改善が得られる。機能的には腫瘍切除のみの症例で切除部位の関節機能が悪くなっているが、その他の手術では固定がしっかりしている限りよい成績が得られている。

次に脊椎転移について述べる。転移性脊

椎腫瘍に対する手術は、MRIをはじめとする画像診断の進歩、脊椎腫瘍の stage 分類による治療法の選択⁶⁾、instrumentation の進歩、手術手技の発展 (total en bloc spondylectomy-TES¹⁰⁾ など) により最近では積極的に行われるようになってきた。筆者は腫瘍の存在位置と患者の症状から手術法を選択しており、前方からの人工椎体置換術、後方からの除圧固定術、TES などを行ってきた (図4)。転移性脊椎腫瘍に対する手術の成績は、疼痛については手術症例の90%以上に改善が見られる。麻痺の改善は75%に見られる。

また原則的に、手術後は病巣部に放射線治療を行うことにしている。長管骨転移で病巣を切除 (人工関節置換を含む) したり、掻爬したものや脊椎転移に対して TES を行い腫瘍を完全に切除したものについては放射線治療をしないこともある。

おわりに

転移性骨腫瘍は完治する疾患ではなく、手術をしてもあまり評価されることがなかったため、多くの整形外科医は関わりになること

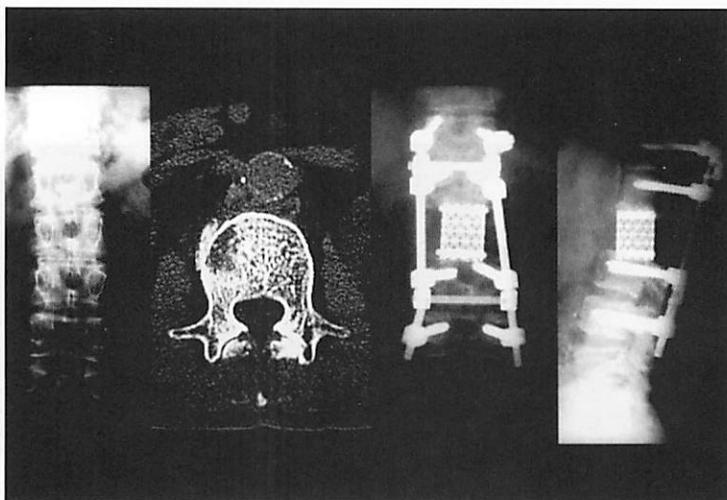


図4 75歳男性。直腸癌の第1腰椎転移。TESを施行。肺転移で死亡するまでの1年間は仕事に復帰していた。

を避けてきた。そのために現在でも積極的に治療をする医師は少なく、多くの医師は経験も知識も乏しい状態にある。原発癌探しに無駄な時間をかけ適切な治療の時機を失ったり、長い間患者が疼痛にさらされていたりということが頻繁に行われている。より早く治療を開始することが患者のQOLの向上には非常に大切だと思われる。また、今後の課題として他科との連携をスムーズにすることが求められる。特に疼痛管理に関してはペインクリニックや緩和医療チームと協力することも必要と考えられる。

文献

1. Snell W, Beals RK: Femoral metastases and fractures from breast cancer. *Surg Gynecol Obstet* 119:22-24, 1964
2. Beals RK, Lawton GD, Snell WE: Prophylactic internal fixation of the femur in metastatic breast cancer. *Cancer* 28:1350-1354, 1971
3. Fidler M: Prophylactic internal fixation of secondary neoplastic deposits in long bones. *Br Med J* 10:342-343, 1973
4. Fidler M: Incidence of fracture through metastases in long bones. *Acta Orthop Scand* 52:623-627, 1981
5. 徳橋泰明、橋本秀樹：転移性脊椎腫瘍に対する予後予測に関する疫学的検討。 *日本腰痛会誌* 8:44-52, 2002
6. Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T et al.: Surgical strategy for spinal metastases. *Spine* 26:298-306, 2001
7. Kostuik JP: The development of a pre-operative scoring assessment system of metastatic spine disease. 12th Annual meeting of North American Spine Society, proceedings, 1997, p182
8. 星学, 青木康彰, 村瀬剛, 他：上腕骨病的骨折による治療法の検討。 *中部整災誌* 41:1267-1268, 1998
9. 松峯昭彦, 青木康彰, 家口尚, 他：大腿骨近位部転移性骨腫瘍に対する外科的治療法の検討。 *中部整災誌* 40:1021-1022, 2000
10. Tomita K, Kawahara N, Baba H et al.: Total en bloc spondylectomy for solitary spinal metastasis. *Int Orthop* 18:291-298, 1994

腰部脊柱管狭窄症の病態と治療法の選択

久留米大学 整形外科 永田 見生

はじめに

腰部脊柱管狭窄症は1949年オランダの神経外科医である Verbiest が手術中に脊柱管を計測した先天性の骨性脊柱管狭窄例の報告を嚆矢とする。その後、1976年の国際腰痛学会で後天的にも先天性の狭窄と類似の症状を呈する症例が多数存在することから、後天性狭窄を加えた国際分類が誕生した。以来、馬尾や神経根を圧迫する種々の腰椎疾患を含む症候群と理解されているが、診断や病態について曖昧な部分もあり混乱が生じている。ここでは、本症の病態に関する私見と、治療法の選択についての概要を述べる。

病態

腰部脊柱管狭窄症の典型的な臨床症状として間欠跛行があり、その他、腰痛、下肢痛、下肢のしびれ感、冷感、会陰部の異常感覚、歩行時の催尿感など種々の症状が姿勢によって変化するという特徴がある。本症の典型例は、整形外科医にとって診断はさほど難しくないが、本症には診断基準がないという問題があり、軽症例を診断するのは困難である。日本脊椎脊髄病学会では本症を早期に診断し対処できるように、診断ツールを作成中である。腰部脊柱管狭窄症の病態を理解するためには、腰椎の加齢に伴う機能障害と自然経過を理解しておく必要がある。この中で重要な点は、再安定期を向かえ症状が軽減する症例が存在することである。教室で調査した狭窄症の代表である腰椎変性すべり症64例、平均6年6か月の非手術例の経過観察では、悪化38%で、不変27%、改善36%であった。他施設からの長期経過例の報告も悪化症例はほぼ1/3である。したがって、治療開始に際してはこの点を説明し、患者に希望を与える



ことが大切である。

保存的治療

腰部脊柱管狭窄症に対する治療の第一選択は保存的治療である。保存的治療の中で、患者自身で症状を緩和できるのは、本症の特徴である「姿勢の変化で症状が改善する」ことを利用すること、すなわち前屈位を取らせることである。高齢者は腰が曲がることを極力いやがるので、よく説明して指導することが肝要である。装具療法や牽引、温熱などの物理療法で効果がある症例を実際の臨床の場ではよく経験するが、EBMの観点からは明らかなevidenceはない。また、プール歩行や自転車駆動も理論的には効果があると考えられるが、これもevidenceがなく、患者のために有効性を検証する臨床研究が必要である。薬物療法については、我々が2003年に行った九州・沖縄地区の実態調査で本症と診断された1,173例では経口PGE1製剤が62.2%と最も多く使用され、以下、貼付剤52.6%、NSAIDs 52.1%、ビタミン剤23.6%であった。教室で行った自主研究96例の結果では、経口PGE1製剤リマプロストは症状の改善やQOLの改善に統計学的に有効であった。今後、効果の永続性、投与量や方

法、投与期間について、医師主導の臨床研究が必要である。薬物療法で改善が不十分な場合は、ブロック療法が選択される。方法は、硬膜外注入と神経根ブロックがあり、経験的に効果があるため繁用されている。硬膜外ステロイド注入は椎間板ヘルニアの急性期には有効との evidence があるが、腰部脊柱管狭窄症では evidence のある臨床研究はない。神経根ブロックは局麻剤にステロイドを加えてブロックすると坐骨神経痛には有効との evidence があるが、腰部脊柱管狭窄症に特定すると evidence のある論文は見いだせない。

手術療法

手術は、急速に進行する運動麻痺や排尿障害では緊急を要するが、このような症例は少なく、あらゆる保存的治療を行っても、個々の患者が必要する動作や希望する行動が行えない場合が適応と考えている。手術の際は、圧迫されている硬膜、神経根を十分かつ安全に除圧することが最も重要である。除圧に加えて、固定術を併用するか否かは、脊椎外科専門医でも見解が大きく分かれるところである。絶対的な固定術の適応は不安定性を有し、重労働を強いられる限られた症例と考える。固定方法も厳密な RCT (randomized controlled trial) ではないが、

wire と pedicle screw を 20 例ずつ比較した臨床研究では有意差はないので、一椎間の病巣で椎弓を残せる場合は、wire を固定材料として用いている。近年、高価なチタン性の pedicle screw による広範囲固定術や椎間スペーサーを用いた手術が繁用されていることは、医療経済的にも患者にとっても好ましいことではないと考えている。

まとめ

腰部脊柱管狭窄症の病態について述べ、治療法を選択する際には、「EBM に基づく医療の実践」の必要性について解説した。腰部脊柱管狭窄症の治療における重要なポイントは 1) 自然経過 (保存的治療経過) を知り、患者に知らせる。2) 第一選択は保存的治療であり、担当医は種々の方法を知り、技術を修得する。3) 悪性疾患を見逃さない。通常の治療で改善しなければ、X 線検査以外に MRI、CT などの画像検査や、血液検査を施行する。4) 手術適応は厳しくする。患者は手術を望むことは少ないので保存的治療を十分行ったか否か再確認する。5) 手術は低侵襲な方法を選択する。ポイントは十分な除圧である。6) 保存的治療や手術について、evidence を明らかにするために医師主導の臨床研究を行う必要がある。

関節リウマチ診断治療における新たな検査マーカー

近畿大学医学部 堺病院 整形外科 菊池 啓

はじめに：

診断名として慢性関節リウマチの『慢性』がなくなって、積極的に関節リウマチを早期から鎮静する時代になってきた。治療手段も画期的に増え、生物製剤（抗 TNF- α 抗体であるレミケード）や新たな抗リウマチ薬（ピリミジン合成抑制作用を有するアラバ）が施設限定ながら使えるようになり、2004 年末から 2005 年初めには新たな抗 TNF- α 抗体であるエタナセプトや免疫抑制薬であるプログラフも適応となってくる。薬剤が増えることは、副作用の点やアレルギー体質の患者にとって非常に福音となる。早期から治療するためには患者ならびに社会の協力が必須であり、医療関係者は正確な情報（知識）を患者と社会に提供しなければならない。そのためには中間法人として日本リウマチ学会の働きが必須であろう。一方、マスコミなどによる健康食品の過大な宣伝が、厚生労働省が認めた薬剤による治療の妨げとなつては申し訳ないことである。医療機関で診察を受けることが、患者の精神的・経済的な重圧となつてるようでは情けない話である。患者ならびに社会の関心を医療へ向けさせるには、確定診断後、治療手段を駆使して、副作用なく症状を改善することが大切である。病態の説明や治療経過を説明（理解）するには、各種マーカーを用いた絶対値評価が理解してもらいやすく、便利かつ有用である。特に関節破壊の指標につながる最近のマーカーなどは、寝たきりにならないように望んでいる患者や家族の将来の不安を解消してくれるであろう。今回関節リウマチに対する新たな治療とその効果を検査マーカーを用いて報告する。



診断：

診断基準には 1987 年 ACR（表 1）を用いることが一般的であるが、患者の背景から家族内発生などの誘因があり、リウマチを疑う場合には、早期リウマチ診断基準やツリーフォーマットに当てはめることが重要で、『早期発見早期治療』に努めなければならない(1)。これらの早期リウマチの診断基準を社会的に認知（患者に配布）してもらうことは一案かもしれない。

表 1 ACR 診断基準

1. 朝のこわばり、少なくとも 1 時間以上
2. 3 関節領域以上の腫脹
3. 手関節または MP または PIP 関節領域以上の腫脹
4. 対称性腫脹
5. 手指、手関節の X 線所見
6. 皮下結節
7. リウマトイド因子

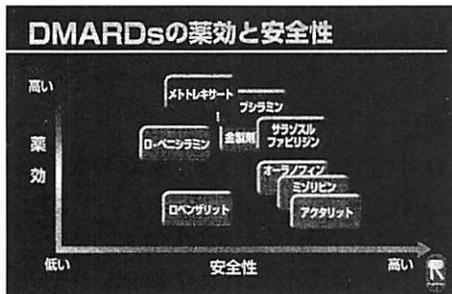
判定：上記 7 項目中 4 項目以上：RA と診断してよい

注：1 から 3 は 6 週間以上持続、全身性エリテマトーデス、乾癬性関節炎、混合性結合織病の 3 疾患は RA と分類される率が高いので注意する。

治療：

免疫反応の慢性化や関節破壊を食い止めるには、早期から抗リウマチ薬投与が必要である。疾患活動性、年齢、合併症の有無により患者にあった投薬（結果論的に）が望ましいが、効果と安全性から以下の治療（表2）が一般的に推奨されている（2）。但し、鑑別診断が必要な症例や反応性関節炎が疑われる場合には経過観察中には副作用の強くない薬剤を選択すべきである。レミケードやアラバなどの施設限定新薬の副作用は充分アナウンスされていないので、新聞沙汰になった時にパニックとなる。大概の抗リウマチ薬の副作用は投与後早期から3ヶ月以内に発生することが多く、詳細な問診、血液生化学的検索、胸部X線などを怠ってはならない。基本的に発症後の2年以内に治療し、リウマチの予後を変えることが重要である。最後に紹介する抗CCP（cyclic citrullinated peptide）抗体は自己抗体としての特異性と関節破壊のマーカーとして優れ、今後リウマトイド因子の代表となり（3）、臨床治療の指標に应用できる可能性を示した。

表2 抗リウマチ剤の薬効と安全性



評価：

疾患活動性評価はACRコアセット（表3）（1）で行われる。セットの中には炎症反応である、赤沈やCRPが組み込まれているが、関節リウマチの本体が免疫異常でありながら、免疫に関係したマーカーは取り入れられていない。さらに、関節リウマチ患者が寛

表3 ACRコアセット

1. 圧痛関節数
2. 腫脹関節痛
3. 患者による疼痛評価（VASなど）
4. 患者による疾患活動性の全般的評価（VASなど）
5. 医師による疾患活動性の全般的評価（VASなど）
6. 患者による身体機能評価（HAQまたはAIMSの身体評価部分など）
7. 赤沈値あるいはCRP値
8. 関節X線写真

VAS：Visual Analogue Scale, HAQ：Health Assessment Questionnaire,

AIMS：Arthritis Impact Measurement

ACR20 改善基準：1と2が20%以上改善し、3～7（5項目）で3項目以上が20%以上改善した場合。

ACR50、70 改善基準：上記と同様で50%、70%以上改善した場合。

解基準を満たしても、関節破壊は進行する（X線評価では遅すぎる！）（4）ので、関節破壊に関するマーカーが熱望されていた。これまでCA-RF（5）、MMP-3（6）が保険適応され関節破壊の病態説明の流れは少しずつ説明しやすくなってきたが、近年注目されるものとして、抗CCP抗体（7）がある。近畿大学医学部堺病院で検討している特殊検査マーカーを表4に示す。

トピックス：

2003年10月から2004年6月までに近畿大学医学部堺病院整形外科受診患者で、レミケードまたはアラバを投与した症例の臨床成績と抗CCP抗体などのマーカーの推移を簡単に示す。レミケード投与例は4例（女性。20～57歳）で、すべてACR20を確保し継続投与中であるが、1例（21歳女性）は肝機能障害（NASH疑い）で6回で投与を中

表 4 特殊検査マーカー

抗 CCP 抗体	： 早期特異的リウマトイド因子で、予後と相関すると言われている。 今後有望視されているマーカーであるが、残念ながら 2004 年末現在申請中で保険適応にはなっていない。
CA-RF	： 関節症状と関連する早期リウマトイド因子として注目された。 単一測定時点では炎症と相関しないが、6 か月後の疾患活動性と関連する。保険では他の RF と同時測定は出来ない。
MMP-3	： 滑膜炎量に相関して、早期リウマチの診断の一助となる。 特異性は抗 CCP 抗体に劣るが、CRP と異なり術直後から減少し、術後マーカーとして有用であるが、保険では他の RF と同時測定は出来ない。関節液中での高値は関節破壊に関連する。
TIMP-1	： MMP-3 の inhibitor で 1 対 1 に反応する。 MMP-3 と TIMP-1 の比が炎症や関節破壊と相関する。 各種 Inhibitors が治療薬として臨床試験されている。
TNF- α	： 抗 TNF- α 抗体治療が有効なように炎症カスケードの上位に位置するが、一般的な処理の血液中では検出されないことが多い。
IL-17	： 活性化記憶 T 細胞で産生され、前炎症性作用を示す。 TNF- α 同様一般的な処理の血液中では検出されないことが多い。
オステオカルシン	： 骨特異性の高い蛋白質で成熟骨芽細胞から産生され、骨形成の指標であるが、保険適応は副甲状腺機能亢進症だけである。
NTX	： 尿中のみならず血中でも測定される骨吸収マーカーで、骨特異性が高く、臨床の骨代謝を反映する

止している。今のところ結核などの感染症もなく経過している。治療による各種マーカーの変化を表 5 に示す。炎症性変化は抑制されながら、骨形成能には悪影響を与えていないようである。

アラバ投与例は 40 例（男性 7 例、女性 33 例、37 ～ 77 歳）、胸部症状（KL-6 高値など）、消化器症状、肝機能障害、皮膚症状などで投与を中止した症例が 9 例あり、症状と検査値データから 20 mg 隔日投与にする症例も多い。S.Johnson によりクエストランを使用した症例もあり、半減期が長いことから嚴重な注意が必要であるが、効果は早く、強く、諸外国では生活動作改善薬として重要な地位を築いている。当科で半年以上経過観察できた 30 症例での抗 CCP 抗体値の変動を表 6 に示す。臨床効果と抗 CCP 抗体値の低下を認めた。

両薬剤とも他施設での結果と骨破壊の抑制効果に期待がかけられ、全ての施設で患者の教育の元、安全に使われることを熱望する。

最後に：

諸外国では TEMPO study (MTX + etanercept) (8) など積極的な関節リウマチ治療により関節破壊が修復される時代になってきた。今回のトピックスで紹介したように、自験例（レミケードまたはアラバ治療）でも、臨床成績の改善と関節破壊と関連した抗 CCP 抗体や MMP-3 値などを抑制することを示した。今後関節リウマチを早期診断早期治療する際には、抗 CCP 抗体や MMP-3 などのマーカーを指標にした治療が選択されるべきであろう。

表5 レミケード治療における各種マーカーの変動

症例 罹病期間 Stage,Class 評価		57歳女性 11年 S4,C3 ACR20	21歳女性 6年 S2,C1 中止	52歳女性 9年 S4,C2 ACR20	20歳女性 1年 S1,C1 ACR50
CRP (mg/ml)	前 後	0.4 0.1	5.6 2.1	6.2 1.5	3.6 1.2
CA-RF (AU/ml)	前 後	25.0 14.3	108 66.4	189 92.2	76.4 37.3
抗 CCP 抗体 (U/ml)	前 後	890 660	22.0 17.3	460 208	25.8 22.9
MMP-3 (ng/ml)	前 後	114 105	162 42.2	342 77.3	422 103
NTX (nMBCM/mMCR)	前 後	24.2 19.3	46.0 53.8	31.8 52.3	88.7 106.7
オステオカルシン (mg/ml)	前 後	4.5 6.4	5.8 9.2	8.2 11	8.1 10.4

表6 アラバ治療における抗 CCP 抗体値の変動

経過	抗 CCP 抗体値	臨床評価
投与前	431 ± 554 (0.6 ~ 2360) U/ml	
1か月後	312 ± 460 (0.6 ~ 1770) U/ml	22例有効 (2例：半量投与)
3か月後	260 ± 308 (0.6 ~ 1060) U/ml	23例有効 (8例：半量投与)
6か月後	145 ± 161 (0.6 ~ 1530) U/ml	22例有効 (7例：半量投与)

参考文献：

- 山本純己、他：リウマチ 34：1013、1994。
- リウマチフロンティア：RAの診断と治療、slide 16。
- 松本 功、他：臨床検査 48：279、2004。
- Alarcon GS, et al：J Rheumatol. 27：530、2000。
- 菊池 啓、他：中部整災誌 44：671、2001。
- 斎藤政克、他：臨床リウマチ 15：305、2003。
- 江口勝美：リウマチ科 31：379、2004。
- Klareskog L, et al：Lancet 363：675、2004。

内視鏡視下脊椎後方手術の課題と展望

和歌山県立医科大学 整形外科 吉田 宗人

近年、より低侵襲な方法として内視鏡視下脊椎後方手術が急速に普及しつつある。我々は、1998年9月に第一例の症例を行ってから6年が経過した。一例目はL4-5の大きな中心性ヘルニアであったが、アプローチに苦労したものの幸い一塊として摘出できた。その後、現在までに650余症例を経験してきた。この間 learning curve は決して易しくはなかった。

以下に我々の経験を元に手術のステップを参考として記す。最初の30例の間に初歩的な合併症、すなわち硬膜損傷や部位の誤認、また migrate ヘルニアや中心性ヘルニア外側陥凹狭窄合併症例などで操作に戸惑いオープン手術に変更を余儀なくされた。30例を超えると手術操作に慣れて合併症は稀となりヘルニアの型に限らず対応が出来るようになり、100例を超えると手術時間も従来法と大差はなくなった。この頃から腰部脊柱管狭窄症へ応用した。片側進入で両側の除圧が出来、特に対側の視野の確保が良いことが分かった。つまり技量にあわせて適応の難易度を少しずつ上げてきたが、時に思わぬ pitfall&trick に悩まされた。内視鏡手術はモニター画面を見ながら操作するために、深度感覚が欠如する。Working space が狭く器械操作や止血も従来法に比べて困難である。従って、いくら従来法に熟練した医師でも内視鏡視下の視野に慣れ器械操作を習得しないと手術は上手くできない。

脊椎内視鏡手術の利点

最外側ヘルニア、migrate ヘルニアには内視鏡手術が他のアプローチでは出来ない利点がある。また、隣接2椎間へのアプローチが一皮切で可能である。



25° 斜視鏡なので直視では見えない隠れた部分が観察できる。内視鏡を置く位置を変えることで広範囲の観察操作が可能である。

また、従来法に比べて次ぎの事が低侵襲の利点としてあげられる。すなわち、傍脊筋筋への低侵襲、早期離床、早期社会復帰、出血の少なさ、創部痛の小ささ、術後発熱の少なさ、看護の省略、入院期間の短縮と治療コストの削減などである。

問題点

経皮進入であり、術野が狭く局所しか見えないため、全体のなかでの部位の位置関係を的確に認識する事が難しい。挿入位置がずれると操作が難しくなる。深部感覚が出来ない。出血対策が難しい。手術手技の習得に熟練を要する。

整形外科の低侵襲手術の一つとして内視鏡視下手術がある。

従来法との比較

顕微鏡との違い 視点が神経により近い位置にある。すなわち顕微鏡では脊柱管外からの視野であるが、内視鏡は脊柱管内の神経の側から見た手術操作が出来る。25° 斜視鏡である為に、より広範囲が見える。

これは手術においてどの様な差になるか考

えてみる。従来法では脊柱管内の操作に至るまでに、視野を妨げるものは切除しなければ中を見ることが出来ない。従って十分な骨性成分の切除を必要とする。その結果として、術後の不安定性の増強や再狭窄が起こると考えられる。一方、内視鏡手術は脊柱管内に視点があり、神経の側に立って必要最小限の除圧をすることが出来る。また片側進入で対側除圧をすることで筋肉や椎間関節を極力温存出来る。すなわち、自然経過の中で安定性を得るために発生した椎間関節の骨棘などを温存出来ると考える。今のところ術後不安定性が増強し再手術に至った症例はない。脊柱管こそ腔であり、内視鏡手術を用いた最小侵襲に適すると考えられる。

手術適応の拡大

腰椎椎間板ヘルニア摘出術のみならず腰椎から頸椎にまで除圧手術として応用可能。

腰部脊柱管狭窄症への適応

未来：脊椎外科の除圧術として内視鏡手術が手術方法として確立出来る。

日帰り手術が可能、

筋肉への侵襲が最小、自然経過を変えない手術

こり症など、従来法では術後のこり症の進行が起こるのは、自然経過のなかでこり症を止めようとして発生した椎間関節の骨棘形成、筋肉靭帯を広範囲に切除するかもしくは固定術を行う。最近で固定術は中長期に隣接椎間への影響が大きく問題視されている。変性こり症にたいする内視鏡視下除圧術が長期的にすべり症の悪化を予防できるのか今後の経過観察を要する。

頸椎症性神経根症は椎間孔拡大術

頸椎症性脊髄症に対する除圧手術

広範囲の筋肉の剥離、椎間関節への侵襲から軸性疼痛や、除圧後の脊髄後方移動が術後神経根障害C5麻痺などの原因とされてきた。内視鏡視下除圧術は筋肉への侵襲は最小であり、alignmentを変えず、また術後の脊髄後方移動も少ないことから術後こうした合併症

を予防出来る可能性がある。さらに将来の展望をすれば、今の後方進入内視鏡手術はまだ発展途上であろう。さらなる光学機器の進歩、専用内視鏡器機の開発に加えて、超音波メス、ナビゲーションシステムを組み合わせることで別の次元の手術進歩する可能性があると考えている。

今後の方向性、展望

内視鏡を用いて後方進入で椎弓間隙から脊柱管内に進入するMED法は椎間板内圧の減少による間接的な除圧ではなく、圧迫された神経根の病態を内視鏡視下に確認してヘルニア塊を切除し直接神経根の除圧ができる確実性の高い方法である。また手技に習熟すればその適応も広く、中心性ヘルニアや最外側ヘルニアのみならず、脊柱管狭窄症や頸椎症の除圧操作が十分に行える利点がある。FoleyによるとMEDの41症例の初期成績は良好で全例が術後6時間で退院となり、労災でない患者の職場復帰は術後平均14日であったと述べている。今回の我々の平均2.5年の調査ではJOA scoreの改善率は90.1%と良好であった。神経合併症を後遺した症例はなく、再手術率も2.0%と満足できる成績であった。術後の発熱や創部痛が従来法に比べて有意に少ないことや術後早期から歩行が可能で痛みも少ないため患者の満足度も非常に高かった。従来法では視点は脊柱から約30cm以上離れて外にあるのに対して、脊椎内視鏡手術は25°斜視鏡になっており視野が広くかつ視点が脊柱管の内にある、すなわち神経に一番近いところにある点が大切である。脊椎外科医である我々は、いままでそのような神経に近い視点（内からの目）で見た事がない。内から見た目で神経を眺めると、圧迫された神経と圧迫している骨棘やヘルニアとの関係が非常に理解しやすい。脊柱管から30cm以上離れた視点では視野を妨げるものを切除しないと中の神経は見えない。手術をするときには、いつも神経に十分の除圧を心がけてき

たが、これも神経の側からみると、必要以上の骨、椎間関節や靭帯、棘突起などを切除している事になる。術者の側にたった十分な除圧操作が結果として、術後の脊椎不安定性に繋がるのが指摘されている。内視鏡下手術は脊柱管のなかから見る事加えて、直視では見えない部分が十分に観察でき、神経の側に立って必要で十分な除圧を施行することができる。

今使用中の内視鏡は3mm径であるが、これを関節鏡と同じ4mm径に変え、その長さも日本人用に1.5cm短縮することで、画像の鮮明差が増し、操作性も良くなると考え、現在、器具の開発、改良を行っている。専用器械として、曲がりケリソン、曲がりノミ、曲がり高速回転ドリルや超音波メスを使用することで、内視鏡を生かした、直視では見えない部位へのアプローチが容易となり、単にヘルニア摘出術のみならず、除圧手術として

適応がひろがり、近い将来において、内視鏡手術としての地位を確立するものと期待される。

将来を考えれば、高性能光学器械の進歩により内視鏡やカメラはもっと改良されるであろう。flexibleなものを使えば、椎間孔や脊柱管内の細部まで観察が可能になり、病変部が見えればそれに応じた器具の開発がなされ手術手技も進歩すると考えられる。近い将来にはこの内視鏡視下手術がstandardになり、その先進技術が日本から逆に諸外国に広まる事が期待される。しかし、繰り返しになるが、内視鏡手術は決して易しい手術ではない。少なからずpitfall&trickが存在する。従来法に熟練していても安易に始めると落とし穴に落ちやすい。初期に起こしやすい合併症を減らすためには、日整会主催の生豚を使った講習会へ出席することや、熟練者の手術見学による知識と技術の習得が望まれる。

京都府の花 しだれ桜

うす紅色の花弁も優しく、流れ落ちるようなしなやかな美しさは、京の風情そのまま。風雪に折れにくいシンの強さが、京都人気質に通じるようです。
(昭和29年制定)



骨折に対する手術法の選択 内固定 VS 創外固定

清恵会病院 外傷マイクロサージャリーセンター 坂 中 秀 樹

はじめに

骨の固定法には(1)外固定(ギプス、シーネなど)(2)内固定(スクリュー、プレート、髄内釘など)(3)創外固定(ハーフピンやワイヤーを骨に刺入し、それらを外枠で固定)などが存在するが、最近この創外固定を使った治療法が注目され、種々の整形外科疾患に応用されてきている。従来は開放骨折などに対する一時的な固定として創外固定が使われてきたが、組織再生という概念が登場してからは、今まで治療困難であった整形外科疾患が創外固定により治療可能となってきた。また骨折治療の分野でも今まで治療困難であった難治症例が対処可能となってきた。

骨折に対する創外固定法の一般的適応

創外固定法は従来、一期的内固定法では感染の確率が高くなる開放骨折に対する時的な固定として使用されてきた。従って感染の徴候がないことが確認された後、内固定に変更されることが一般的であった。従来のハーフピンや貫通ピンを使用するだけの創外固定器は長管骨骨幹部の開放骨折に使用されることが多く、骨癒合が得られるまでには長期間を要し、創外固定装着期間が長くなるのが欠点であった。従って骨折治療における創外固定法の位置は保存的療法や手術的療法に比べると大きくはなかった。しかし最近ではいろいろな創外固定器が開発され、圧迫、牽引や三次元的な矯正ができるようになり、骨癒合まで創外固定法のみで治療されることも多くなってきた。また片側固定式、リング式、その混合型(ハイブリッド型)、ピンレス固定など種々の創外固定器が使われている。以下に創外固定の一般的な適応を述べる。



1) 開放骨折

骨折症例に対する創外固定法の絶対的適応である。軽度の開放骨折では、受傷後 golden hour 内であれば一期的内固定が可能であるが、重度の開放骨折であれば、一旦創外固定にて固定を行い、感染の徴候がないと判断できる時期や軟部組織の修復を待って内固定に変更するのが一般的である。

2) 粉碎骨折

長管骨骨幹部の粉碎骨折ではねじ横止め髄内釘による治療が一般的なので、創外固定法は相対的適応となる。しかし、骨折の範囲が大きい骨折など骨折型によっては創外固定法の方が適している場合もある。

3) 関節近傍骨折

手関節、膝関節、足関節周辺の骨折では靭帯の緊張を利用した ligamentotaxis による整復や整復後の関節面の圧の減少を目的に創外固定器を使うことが多い。

4) 多発外傷・多発骨折

重度外傷に伴う骨折では全身管理、術後管理を行う上で骨折部を一時的にでも創外固定器により固定することによって、ひじょうに管理しやすくなる。

5) 骨盤骨折

骨折部を整復固定することにより骨折部からの出血を減少させ、また疼痛の軽減に役立つため、転位の大きい骨盤骨折では創外固定の良好な適応である。また恥骨結合の離開した open book type では骨盤輪を閉じることにより整復が得られるため、創外固定の最も良好な適応である。

6) その他

小児の大腿骨骨折や骨粗鬆症を伴う高齢者の骨折などにも創外固定法は有用な場合がある。

イリザロフ創外固定器

イリザロフ創外固定器は1951年ロシアの Gavril A. Ilizarov 教授により開発され、欧米諸国をはじめ、世界各国で使用されるようになってきた。日本でも約15年前から使われるようになりすぐれた成績が報告されている。この創外固定器は(1)細いワイヤーを使用するため手術侵襲が少ない。(2)ワイヤー刺入部の感染や疼痛が少ない。(3)あらゆる変形や骨欠損に対して三次元的に対応できる。(4)力学的に強固であり、下肢では全荷重歩行も可能。(5)骨癒合あるいは仮骨形成が良好などの特徴を持っている。また骨片をただ単に固定する固定器ではなく、多彩な部品を使用することにより自由な方向に骨片を移動できる装置であり、組織を再生できる (distraction histogenesis) のが一番大きな特徴である。従って、骨折だけでなく、四肢延長、変形矯正、偽関節、骨欠損、骨髄炎など従来では難治性と考えられていた疾患の治療も骨移植することなしに可能となった。また関節固定術、関節拘縮の治療にも応用の効く方法である。

骨折に対するイリザロフ創外固定器の応用

新鮮骨折に対しては各部位により種々の内固定法が行われているが、骨幹部骨折に対し

ては髓内釘を中心に、関節周辺骨折に対してはスクリュー及びプレートなどが一般的と思われる。それでは新鮮骨折に対するイリザロフ創外固定器の適応はというと、骨幹部骨折に対しては、骨欠損や大きな第三骨片を有するもの、関節周辺骨折に対しては、骨折線が関節面に非常に近い粉碎骨折や骨幹部から骨幹に及ぶ長い骨折線を有する骨折である。手術方法は骨幹部骨折に対しては、オリブワイヤーテクニックやアーチドワイヤーテクニックを使って閉鎖性整復をめざす。骨欠損症例については骨移動法 (bone transport) や短縮延長法 (acute shortening and distraction) を行う。関節周辺骨折については関節内骨片の整復が閉鎖性に不能な症例では、なるべく少ない侵襲の皮切にてスクリューなどの小侵襲な内固定を行いイリザロフ創外固定器を装着する。またワイヤーの数をなるべく多くして固定性を上げるようにするが、関節は極力またがないようにして早期可動域訓練をめざす。イリザロフ創外固定器は手術での軟部組織の損傷が少なく済み、骨癒合にも有利となる上、術後の alignment の微調整が可能であることや、抜釘が容易であること、骨粗鬆症例に対しても有用なことなどが特徴である。

おわりに

骨折に対する治療にはギプスに代表される保存的治療から、プレート、髓内釘などの内固定法まで種々の治療法が存在するが、創外固定法は侵襲の程度から言えば、その中間に位置づけられる。しかし最近の創外固定器の改良から、体外からいろいろな操作を加えることができるという特徴を合わせ持つようになり、三次元的な矯正が術後に自由に行えるという利点が大きくなっている。今後この特徴がますます発展していくものと思われ、創外固定法の進歩により骨折治療の分野も大きく変わっていくことが期待される。

「関節リウマチ」の薬物療法と足部の治療 — 当院における最近の成績から —

大阪厚生年金病院 整形外科 部長 大 脇 肇

本日は以下の三つのテーマで講演をさせていただきます。(1) 関節リウマチ (以下 RA) の病勢判断におけるの注意、(2) 生物製剤インフリキシマブの使用成績、(3) 関節リウマチ前足部変形の手術療法。

(1) - 1 : RA の病勢判定を CRP だけで行ってはいけないのか？

まず、RA の病勢判定についてですが、古くはランスバリーの活動性指標、最近では ACR (アメリカリウマチ学会) のコアセットがよく使われます。しかし、どちらも複数の指標を組み合わせたものであり、それらの指標もほとんどが元々客観的な数値データではありません。なぜ他の疾患、たとえば、高血圧や糖尿病、高脂血症などのようにわかりやすい数値データだけで判定できないのでしょうか。RA は炎症性疾患であり、炎症の強弱が病勢を反映するわけですから、炎症マーカーの代表である CRP だけでその病勢を判定してはいけないのでしょうか。事実、治療が奏功して CRP が低下すれば、自覚症状も一般に良くなりますし、薬効をみるのに最も参考になるのも CRP です。そこで、病勢判定を CRP に頼りすぎる問題点について解説したいと思います。

(1) - 2 : 血中 CRP 値は関節容量に依存する

ところで、血中 CRP 値が高くなるには、その産生臓器である肝臓に CRP の産生を促す信号が届かなければならないのですが、それは炎症性サイトカインが司っています。RA の場合は関節内で産生された炎症性サイトカインが血中を移動して肝臓での CRP 産生を促すと考えられます。したがって、炎症性サイトカインの血中濃度が CRP 値を左右することになるのですが、ここで問題となる



のが関節の大きさです。膝関節のような関節容量の大きな部位では、炎症の程度に応じて多量の炎症性サイトカインが産生され、結果として血中 CRP 値に大きく影響します。単関節炎であっても、CRP 値が 10 を越えるようなこともあります。一方、PIP 関節のような容量の小さい関節では、産生される炎症性サイトカインも少なく、手指のすべての関節容量を合計しても片側の膝におよびません。すなわち、CRP 値は大きな関節の炎症に強く左右される検査値なのです。

(1) - 3 : CRP と患者の訴えは必ずしも相関しない

たとえば、手指のすべての PIP 関節に炎症を生じて腫脹しているのに血中 CRP 値は僅かに高いだけということもあれば、片側の膝だけが軽度腫脹しているのに血中 CRP 値が高値であるということもあります。この場合、CRP だけで判断すれば後者の方があきらかに重症であるということになってしまいますが、患者の自覚症状としては手指に強い炎症を生じている時の方が訴えが強く、日常生活の支障も大きい場合も珍しくありません。どちらが重症であるかは CRP だけでは判定できないのです。

先に述べたランスバリー活動性指数の中に

関節点数というのがあります。これは、腫脹・圧痛関節ごとに点数をつけるものですが、実はこの点数は解剖をもとに関節の表面積から計算されたものです。今はほとんど使われなくなった判定法ですが、さきほどの関節の大きさにより炎症性サイトカインの産生量が異なるという観点からは理にかなったものと思われま

(1) - 4 : CRP は安静により下がりうる

CRP 値に対する大関節の影響は治療効果の判定にもおよびます。膝のような荷重大関節では負荷による炎症の悪化という要素が無視できないほど大きく、安静により腫脹は軽減し、炎症性サイトカインの産生量も減ります。その結果、CRP 値も低下します。時々、投薬内容が不変なのに CRP 値の変動が大きい患者がいますが、大関節の腫脹があり、生活における運動量に変動のある人に多いようです。また、何らかの理由で入院すると、ほとんどの患者が症状の軽減を訴えます。実際、CRP 値も低下しています。入院することにより運動量が減り、安静効果により炎症性サイトカインの産生量が減ったためと考えられます。もちろん、RA に対する有効な治療がなされなければ、退院とともに CRP 値も元に戻ってしまいます。大関節の手術後に CRP 値が下がることもよく経験されることですが、これは滑膜切除により関節で産生される炎症性サイトカインの量が減るためと考えられます。

(1) - 5 : 関節外の炎症による CRP 上昇に注意

CRP は単に体全体で産生される炎症性サイトカインの反映であり、関節以外で産生されている可能性をつねに考えておかなければなりません。大関節の腫脹がないのに CRP が高値のときは関節外での炎症の可能性を考えて、関節外症状を調べる必要があります。関節が主要な産生部位であると考えられるマトリックスメタロプロテインナーゼ 3 (MMP-3) はこの意味においては CRP より

は特異性が高く有用かもしれません。ただし、小関節での産生が少なく、そのみで病勢を判定できないという意味では CRP と同様です。

血液検査の結果が良好なのに患者の訴えが大きいということがありますが、小関節の炎症では血液検査に反映されにくいということ、小関節でも ADL への影響は決して小さくないということをつねに考えながら診察する必要があります。

(2) - 1 : メソトレキサートについて

次に、生物製剤インフリキシマブの使用成績について述べさせていただきます。まず、インフリキシマブ使用の併用条件とされているメソトレキサートについてですが、世界的には RA 治療の第一選択薬とされています。インフリキシマブにおける併用はヒトマウスのキメラ製剤である同薬に対して抗キメラ抗体ができるのを防ぐという目的での必要条件となっていますが、それ自体が高い抗 RA 作用を有しています。インフリキシマブ単独とメソトレキサート併用では抗 RA 作用に大きな差があるとされています。

当科でのメソトレキサート使用量は年ごとに増加しており、今年のデータでは全 RA 患者の 65% 投与しています。RA の診断をつけたらまずメソトレキサートを投与するという感じです。ただし、以下のような場合には他剤から始めます。①年齢が 70 歳以上のとき、②腎機能障害があるとき、③リウマチ肺など間質性肺炎があるとき、④寛解に近い状態のとき、⑤本人が希望しないとき、などです。メソトレキサートの重篤な副作用の代表は間質性肺炎と骨髄障害ですが、70 歳以上ではその危険性が高くなり、死亡例の多くも 70 歳以上のようなようです。もう一つの代表的な副作用に肝機能障害がありますが、これは葉酸製剤により容易に抑えられる場合が多く、当科でも肝機能障害のために中止した例は僅かです。

(2) - 2: メソトレキサート投与中は脱水に注意する

現在 400 人以上の RA 患者にメソトレキサートを投与していますが、入院を要する様な副作用が生じるのは年に一人くらいです。ただし、今年の夏は 3 人の骨髄障害を疑わせる症例があり、一人は入院しました。これは暑さによる脱水で血中濃度が上がったためかもしれない、夏期の水分補給を啓蒙する必要があります。当科ではメソトレキサート投与患者には副作用の説明パンフレットを渡すようにしています。

(2) - 3: 生物製剤インフリキシマブについて

さて、生物製剤インフリキシマブの使用成績ですが、私の結論を先にいえば、効果は従来の薬剤と比べて非常に高いものがありますが、投与の間隔を再検討する必要があると考えています。

インフリキシマブは炎症性サイトカインの一つ、TNF α に対するマウスヒトキメラ抗体です。その特徴として、ターゲットとなる物質が限定されているため、ステロイドのような副作用の多様性がないという利点があげられます。しかし、免疫抑制療法による結核などの感染症再燃・惹起という本質的な問題は残っており、さらに異物反応による副作用もあります。また、現実的な問題として、非常に高価な薬剤であり 3 割負担の場合で、年間 50 万円近くの自己負担を強いられます。当科では、安全管理と点滴投与に時間がかかるという両面から、すべて入院での投与としています（初回 4 日間、2 回目以降日帰り）。

当科での適応は、6 mg / 週以上のメソトレキサート製剤投与でも十分な病勢コントロールができない場合に限っています。しかし、一見コントロールが良いように見えても、ステロイドの減量が困難な場合には上記の条件を満たしており本人の希望があれば投与の適応としています。

(2) - 4: インフリキシマブの効果

投与後 6 ヶ月以上を経過した 20 例の成績を検討しました。内訳は、女性 15 例、男性 5 例で、年齢は平均 55 歳 (23 ~ 76)、病歴は平均 10 年 (2 ~ 27 年)、ステロイド投与量 (プレドニゾロン換算) は平均 7.4 mg / 日 (0 ~ 15、0 は一人)、でした。

投与前ツベルクリン反応は 13 例で陰性、強陽性は一人 (医療従事者) で、RA 患者での免疫抑制状態をうかがわせるとともに、結核既往の参考にはあまり役に立たないと思われました。胸部 CT での異常ありは 7 例でしたが、結核の既往をうかがわせる所見はありませんでした。家族歴から 3 例にイソニアジドの予防投与を行っています。

炎症マーカーである CRP は投与前平均 3.54 が投与 2 週間後には平均 1.3 にまで急速に下がり、自覚的にも「起床しやすくなった」「体が軽くなった」等の意見が多くありました。しかし、投与が 8 週間隔になりますと、効果が持続する群と 8 週間以内に症状が再燃する群とに分かれてきます。当科では、4 週間ごとに外来受診と日帰り入院 (インフリキシマブ投与) を繰り返すパターンで診察していますが、外来受診時の CRP は低く、インフリキシマブ投与時の CRP は高いというジグザグパターンをしめす例が半数近くあります。インフリキシマブ投与後およそ 6 週間ぐらいで自覚症状が悪化するという例が多いようです。高価な薬剤であり、投与回数増加は医療経済上好ましくないかもしれませんが、投与間隔を最短 4 週間まで幅をもたせる必要があると考えています。

CRP 以外に RF、握力、腫脹関節数、等にも改善がみられますが、前述したように、効果が持続する群とそうでない群におよそ半々で分かれます。効果が持続する群ではステロイドの減量も可能で、投与前平均 7.4 mg / 日が 4.9 mg / 日にまで減量されています。

(2) - 4: インフリキシマブの副作用

20 例中副作用による中止が 3 例、無効による中止が 1 例ありました。1 例は肺結核に

よるもので、胸部 CT やツ反で結核既往を疑わせる所見はなかったのですが、「結核の家族歴なし」と本人が虚偽記載していたことが後で判明しました。また、亜急性甲状腺炎と耳下腺炎というウイルス性疾患を連続発症した症例も投与を中止しました。他の 1 例は術後 4 年目の人工関節に感染を生じた例ですが、インフリキシマブ投与との因果関係は不明です。

(3) - 1: 前足部に対して切除関節形成術が最もよい手術なのか？

最後に RA の足部病変に対する当科での手術療法について紹介したいと思います。本日は前足部病変のみに限らせていただきます。RA の前足部手術では切除関節形成術が広く行われています。また、外反母趾変形に対しては関節固定術もよく選択される術式です。しかし、これらの術式は、RA 以外の病態では滅多に適応となることのないもので、極端な言い方をすれば、破壊的または最終手段としてとられるべき術式です。

前述の生物製剤やメソトレキサートのように RA の薬物療法は確実に進歩しています。薬物療法の進歩とともに手術療法の適応が変わることはむしろ一般的です。これまで RA に対して適応があまりないと考えられてきた術式が、症例により本当は好ましい術式であるという可能性もあります。

(3) - 2: 前足部に対する関節温存術式

RA の薬物療法の進歩により関節破壊の抑

制が期待できるならば、温存できる関節はできる限り温存するべきであると考えます。そこで、私は第 2 - 5 趾に関しては切除関節形成術の代わりに、MTP 関節を温存する中足骨骨切り術をほぼ全例に採用しています。母趾に関してはスワンソンの関節形成術を多用してきましたが、これも 1 - 2 年前から、関節破壊の著しくない症例に限ってですが、関節温存術式に変更しています。どちらも、多少なりとも独自の工夫を加えた術式で行っています。

術後 3 - 6 年の成績では、American Orthopaedics Foot and Ankle Society の評価法で、術前平均 27 点が術後平均 79 点であり、これは切除関節形成術と同等の成績です。疼痛の改善は同等ですが、アライメントの改善は骨切り術の方が優れており、逆に関節可動域に関しては切除関節形成術の方がよいようです。

母趾に関してはまだ術後経過が 1 - 2 年と短いのですが、外反母趾角の術前平均 50 度が術後平均 13 度と良い数値を保っています。

術後成績が特に優れているというわけではありませんが、関節機能がより温存される術式が今後の RA 手術の主流になるべきであると私は考えています。

以上、まとまりのない内容で申し訳ありませんが、当科における RA 治療の代表的なものを紹介させていただきました。

人工股関節置換術におけるクリニカルパス

ーリハビリテーション医の立場からの再検討ー

関西医科大学 リハビリテーション科 菅 俊 光

クリニカルパスとは

クリニカルパスの目的には、診療の効率化と質の向上（現在行っている医療行為の見直しと改善）、医療資源の有効利用（入院日数の短縮）、チーム医療の推進（職種間コミュニケーションの改善）、インフォームドコンセントの充実、医療の安全性・透明性の向上、患者・家族・医療従事者の満足感の向上などが挙げられる¹⁾。具体的には、必要な医療サービスを手抜きすることなく確実に漏れなく、逆に重複したサービスや過剰なサービスをなくして、スタッフ間の十分なコミュニケーションと協力の元に患者・家族に満足いく医療を行うことであり、さらには入院期間の短縮をめざすことである。

適応疾患は、事前に医療の成果や目標を設定するため結果のばらつきが少ない疾患、症例数が多い疾患、症例数は多くなくても経済的効果が著しい疾患とされる²⁾。特に、整形外科疾患は患者全身状態が比較的安定している、標準化された術式が多い、術後経過に個人差が少ない、多くの施設で「術後療法」がすでに規定され使用されているなどの条件も加わり、クリニカルパスを適用しやすい分野である³⁾。

クリニカルパスを実践する上で、知っておかなければならない重要な言葉がある。それは、バリエーション (Variance) で、個人差や合併症によるはずれ・ばらつきを意味している。バリエーションの原因には、患者によるもの、家族・受け入れによるもの、スタッフによるもの、医師によるもの、システムによるものがあるが、バリエーションはどのクリニカルパスにでも出現するもので、大切なことは偶発的な合併症を除いたバリエーションの発生を貴重なデータとして捉えて発生の原因を分析してそ



の分析を通じてクリニカルパスの見直しを行うことである⁴⁾。つまり、クリニカルパスは作成するだけでは十分な効果を発揮しない。バリエーション分析を常に行うことで初めてその真価を発揮する⁵⁾。

THA クリニカルパスの再検討

当院では平成12年9月からTHAに対してクリニカルパスを導入したが、当初は最短でも術後在院日数は28日であった。その後に見直しを行い平成13年8月からは、術後在院日数21日で運用を始めた(図1～5)。1年7ヶ月後の平成15年4月にTHAクリニカルパスの再度見直し(再検討)を行い、さらに修正を加えた。平成15年4月のパス再検討およびその前後(平成13年8月

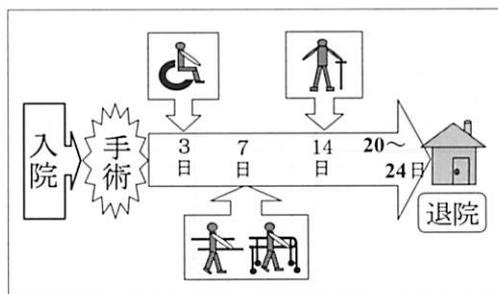
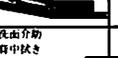


図1. THA クリニカルパス スケジュール

氏名 () 主治医 () 担当看護師 () 担当理学療

	入院日 月 日	手術前日 月 日	手術当日 月 日	手術後 月 日	術後1日目 月 日	術後2日目 月 日
食事	普通食 糖尿病・高血圧の方は 低糖食	()時より絶食 ()時より絶食 ※ 	絶食・絶水 ※ 	おなかの動きが でてきたら飲水可 	食事開始 (全部) 	普通食 糖尿病・高血圧の方は 低糖食
安静度	特に制限はありません			30 ベッドアップ 	90° ベッドアップ 	足を曲らして座る 
リハビリ	入院前に行っていない場合は、 手術前の評価をします。					
指導		傾向きの練習を します				
排泄		ベッド上で 排便の練習をします	内服又は注射の 前に排便	手術室より 尿管チューブが 入ってきます。	尿管チューブを 抜きます ベッド上排便 	
清潔		入浴 爪切り			洗面介助 有中臥き 陰部洗浄 手洗い	
注射 内服	持参薬を飲みます	夕食後持参薬中止 服薬を飲みます	手術の準備のため 注射または内服を します。(時)	手術室より点滴が 入ってきます。 抗生剤点滴2回/日	点滴を抜きます 持参薬内服開始	
その他	(主訴医) 手術の説明	(看護師) 手術・必要物品 の説明 (麻酔科医) 麻酔の説明		(主訴医) 手術後の説明		

- 日付
- 食事
- 安静度
- リハビリ
- ADL指導
- 排泄
- 清潔、保清
- 処置
- 手術説明等

図2. THA クリニカルパス 患者用パス

上田大クリニック No. 1-2 (丸・丸) 患者氏名: _____ 日誌用紙

手術当日	年 月 日		曜日	手術時間	麻酔科	手術室 (棟・室)	担当医 (姓・名)	手術内容
	年	月							日
20	11	20						
21	11	21						
22	11	22						
23	11	23						
24	11	24						
25	11	25						
26	11	26						
27	11	27						
28	11	28						
29	11	29						
30	11	30						
01	12	01						
02	12	02						
03	12	03						
04	12	04						
05	12	05						
06	12	06						
07	12	07						
08	12	08						
09	12	09						
10	12	10						
11	12	11						
12	12	12						
13	12	13						
14	12	14						
15	12	15						
16	12	16						
17	12	17						
18	12	18						
19	12	19						
20	12	20						
21	12	21						
22	12	22						
23	12	23						
24	12	24						
25	12	25						
26	12	26						
27	12	27						
28	12	28						
29	12	29						
30	12	30						
01	1	01						
02	1	02						
03	1	03						
04	1	04						
05	1	05						
06	1	06						
07	1	07						
08	1	08						
09	1	09						
10	1	10						
11	1	11						
12	1	12						
13	1	13						
14	1	14						
15	1	15						
16	1	16						
17	1	17						
18	1	18						
19	1	19						
20	1	20						
21	1	21						
22	1	22						
23	1	23						
24	1	24						
25	1	25						
26	1	26						
27	1	27						
28	1	28						
29	1	29						
30	1	30						
01	2	01						
02	2	02						
03	2	03						
04	2	04						
05	2	05						
06	2	06						
07	2	07						
08	2	08						
09	2	09						
10	2	10						
11	2	11						
12	2	12						
13	2	13						
14	2	14						
15	2	15						
16	2	16						
17	2	17						
18	2	18						
19	2	19						
20	2	20						
21	2	21						
22	2	22						
23	2	23						
24	2	24						
25	2	25						
26	2	26						
27	2	27						
28	2	28						
29	2	29						
30	2	30						
01	3	01						
02	3	02						
03	3	03						
04	3	04						
05	3	05						
06	3	06						
07	3	07						
08	3	08						
09	3	09						
10	3	10						
11	3	11						
12	3	12						
13	3	13						
14	3	14						
15	3	15						
16	3	16						
17	3	17						
18	3	18						
19	3	19						
20	3	20						
21	3	21						
22	3	22						
23	3	23						
24	3	24						
25	3	25						
26	3	26						
27	3	27						
28	3	28						
29	3	29						
30	3	30						
01	4	01						
02	4	02						
03	4	03						
04	4	04						
05	4	05						
06	4	06						
07	4	07						
08	4	08						
09	4	09						
10	4	10						
11	4	11						
12	4	12						
13	4	13						
14	4	14						
15	4	15						
16	4	16						
17	4	17						
18	4	18						
19	4	19						
20	4	20						
21	4	21						
22	4	22						
23	4	23						
24	4	24						
25	4	25						
26	4	26						
27	4	27						
28	4	28						
29	4	29						
30	4	30						
01	5	01						
02	5	02						
03	5	03						
04	5	04						
05	5	05						
06	5	06						
07	5	07						
08	5	08						
09	5	09						
10	5	10						
11	5	11						
12	5	12						
13	5	13						
14	5	14						
15	5	15						
16	5	16						
17	5	17						
18	5	18						
19	5	19						
20	5	20					</	

表 1. THA クリニカルパス症例の内訳

	パス施行／適用	パス不適用
平成13年8月 ～平成14年3月	31 / 39 術後合併症 7 大転子部障害 4、脱臼骨折 1、 イレウス 1、感染 1 術中操作 1	12 感染 6、再々置換 1、 脳性麻痺 1、骨系統疾患 1、指示忘れ 1、関節 リウマチ 1、転院 1
平成15年4月 ～平成15年4月	53 / 63 術後合併症 8 大転子部障害 2、大腿骨骨折 1、 大腿神経麻痺 1、脱臼 1、 術後発熱 1、感冒 1、帯状疱疹 1 術中操作 2	9 感染 5、小児麻痺後遺症 1、骨系統疾患 1、 うつ病 1、転院 1
平成15年5月 ～平成16年3月	50 / 58 術後合併症 5 大転子部障害 1、術後発熱 1 他関節症 2、不明 1 術中操作 1 (高位脱臼 1、間質性肺炎 1)	4 小児麻痺後遺症 1、関節 強直 1、他手術併用 1、不明 1

から平成 16 年 4 月) の経過を報告する。

平成 15 年 4 月の THA パス再検討は、平成 13 年 8 月から平成 14 年 3 月に適応した 39 症例と平成 14 年 4 月から平成 15 年 4 月までに適応した 63 例の合計 102 例を対象に行った。平成 13 年 8 月から平成 14 年 3 月に適応した 39 症例と平成 14 年 4 月から平成 15 年 4 月までに適応した 63 例を比較検討した。まずは、術後合併症や術中所見によりパス中止となった症例をパス適応症例から除いた症例をパス施行症例として、平成 13 年 8 月から平成 14 年 3 月までのパス施行症例 31 症例 (A 群) と平成 14 年 4 月から平成 15 年 4 月までのパス施行施行 53 例 (B 群) を比較した (表 1)。A、B 両群の平均年齢、平均術後在院日数および術後 21 日で退院した症例数を表 2 に示す。平均年齢は B 群の方が若かった。術後 21 日で退院となった症例は、A 群 3 例、B 群 5 例であった。術後平均在院日数は A 群より B 群で延長していた。つまり、B 群は A 群より平均年齢が若いにも関わらず平均術後在院日数が延長していた。

我々は、患者本人の認識不足、家族の受け

入れ体制の不備 (医師と連絡不足や環境設定の遅れ)、退院日の調整困難がバリエーション発生の主な原因と考えた。そこで、バリエーション対策として、3つの項目を実行することにした。一つは、高齢独居者などの症例には積極的に早期から MSW を導入することにした。もう一つは、退院日のある程度のゆとりを持たせて家族の都合がつきやすいようにした。3つ目は、入院前に術後在院日数や退院日を本人・家族に伝えることを徹底した。

術後合併症についてみると、平成 13 年 8 月から平成 15 年 4 月までの間に 15 例に認められた。最も多かったのが大転子部障害 (大転子転位、疼痛) の 6 例であった (表 1)。この大転子部障害へは、当院整形外科の THA 手術進入路が大転子を一旦切離する Modified Transgluteal Approach (Doll) であることを考慮して、外転筋訓練を控える (リハ)、リハ進行を早め過ぎない (リハ)、大転子固定手技の検討 (整形外科)、ベッド上動作の指導 (看護) と各分野でそれぞれ対応することにした⁶⁾。

表 2. THA クリニカルパス施行症例の比較

	年齢 (歳)	術後在院日 数 (日)	術後 21日退院	術後20～ 24日退院
平成13年8月 ～平成14年3月	63.35 ±10.34	27.26 ±6.35	3例	9例
平成15年4月 ～平成15年4月	59.65 ±11.49	28.94 ±6.26	5例	13例
平成15年5月 ～平成16年3月	62.31 ±10.57	25.59 ±4.64	11例	18例

再検討後の THA クリニカルパス

3つのバリエーション対策、1つの合併症対策を平成15年5月から実施した。平成16年3月には、平成15年5月から平成16年3月までにTHAクリニカルパスを施行した58症例について調査した(表1)。パス適応症例の中で術後合併症や術中所見によりパス中止となった症例は8例であったが、大転子障害を認めた症例は1例のみであった。パス施行症例50症例(C群)の平均年齢は62.31歳で、A,B群を含めた3群間で差は認めなかったが、術後平均在院日数は25.59日でA,B群を含めた3群の中で最も短かった。術後21日での退院が11例、術後20～24日での退院が18例でB群より増加していた(表2)。

最後に

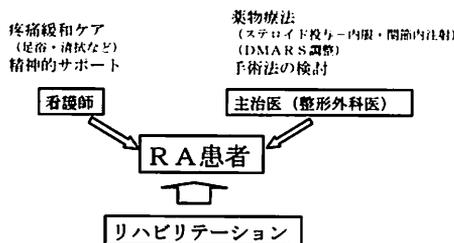
THAクリニカルパスの再検討である程度の成果は得られたものの、我々のTHAパス

で規定している術後在院日数20～24日から遅れているため今後も検討を加える必要があると考えている。

我々はこれまでに、関節リウマチ患者やTHA両側同時施行患者に対してもTHAクリニカルパスを作成して、実施・検討を行ってきた(図6,7)⁷⁾。これらの経験から得たクリニカルパス作成・運用の要点を表3に示す。クリニカルパス作成・運用に活用して頂ければ幸いである。

表 3. クリニカルパス作成・運用の要点

- ・外来から始める。
- ・疾患、術式でまとめる。
- ・みんなでバリエーションに取り組む。
- ・早期からの対応を心がける。
- ・ゆとりをもたせる。



術前からのADL指導の徹底(寝返り・起き上がり)
術後の手術関節以外の関節への物理療法(温熱・湯流浴)
アンダーアームクラッチ(RA杖)の導入
歩行時の手・膝・足関節装具の装着

図 6. RA・THA クリニカルパスでの取り組み

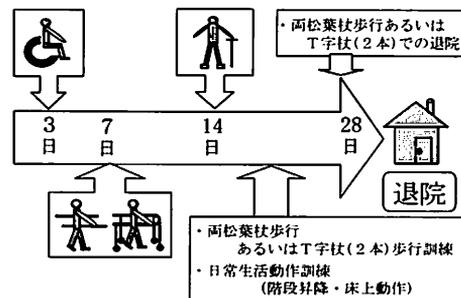


図 7. 両側同時施行 THA クリニカルパスでの取り組み

最後に、クリニカルパスによる弊害も当然のことながら発生している。医療の個性性の無視（クックブックケア・レシピケア）、医師の抵抗と無関心（適用を判断するのは誰か）、業務量の増加（誰が作るのか）などが報告されている。クリニカルパス作成・運用には、これら点も十分に考慮する必要がある^{8) 9)}。

【文献】

- 1) 佛淵 孝夫：整形外科におけるクリティカルパスの導入と活用. 整・災外 47 (5) 4月臨時増刊号 整形外科におけるクリティカルパス：421-426, 2004.
- 2) 石井 孝子, 佛淵 孝夫：人工股関節全置換術におけるクリニカルパスと術前インフォームド・コンセント. 別冊整形外科 40:204-211, 2001.
- 3) 今田 光一：クリニカルパス円滑導入の鉄則. SEIKEI-GEKA KANGO 6(1):10-14, 2001.
- 4) 石田 暉：クリニカルパスとは. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 別冊リハビリテーション クリニカルパス実例集 (米本恭三他編). 医歯薬出版, 5-11, 2001.
- 5) 千田 治道：整形外科におけるクリティカル・パスの導入と実際. 関節外科 21 (8) : 920-924, 2002.
- 6) 飯田 寛和・他：人工股関節置換術における Modified Transgluteal Approach(Dall) について. 臨整外 30 (2) :137-145, 1995.
- 7) 菅 俊光・他：人工股関節置換術におけるクリニカルパスの症例別検討—関節リウマチ—. 臨床リハ 13 (1):86-91, 2004.
- 8) 大橋 弘嗣・他：人工骨頭置換術, 人工股関節置換術に対するクリティカル・パスの実際. 関節外科 21 (8):975-985, 2002.
- 9) 山中 健輔：クリティカル・パス導入にあたっての問題点. 関節外科 21 (8) : 925-928, 2002.

山口県の花 夏みかんの花

毎年5月になると白い花が咲き、周囲には香水をまいたような甘酸っぱい香りが漂います。花は1ヶ月ぐらい咲き誇り、やがて黄色い実を結びます。

夏ミカンは山口県の長門市が原産地で、安永の頃（およそ200年前）山口県の北浦海岸に漂着した果実の實を蒔いたのが始まりといわれ、その原樹は天然記念物として現在でも残されています。



関節リウマチに対する EBM に基づく外科的治療について

大阪大学 整形外科 菅本 一 臣

(はじめに)

様々な診療科において EBM に基づく治療ということが叫ばれて久しい。関節リウマチにおいても内科的または外科的治療においてガイドラインの必要性が求められてきた。その結果、2004 年 4 月に日本リウマチ財団より「診療のマニュアルと EBM に基づく治療ガイドライン」が発刊された。これは関節リウマチを治療するものにとって非常に有用なものとなるであろう。今回の講演はこの本を参考にすが、それ以外に関節リウマチの骨関節破壊様式について我々の施設で行った 400 例の検討をもとに説明を追加することでなぜその治療方法が必要であるかの理解がより得られやすいと考える。

しかし、ここで念頭におかなければならないことは、あくまでも厳密な意味での EBM を論じる場合には、正確には一施設で多症例を対象としていくつかの治療法を比較検討した結果を網羅して行われるべきである。しかし、このような研究報告例はほとんどないのが現状であり、EBM を厳密に述べることには限界がある。このことを理解しながら本章を治療の一助として頂きたい。

本章では各部位に分けてそこでの関節破壊様式、及びその治療方法について簡単に解説する。

1. 肩

肩関節は関節リウマチの中で比較的障害されやすい関節である。その骨破壊は関節面よりも先に大結節部に障害が出始めることが多い。またその際にその近傍にある棘上筋をはじめとする腱板が同時に損傷される。関節面と大結節部(腱板)の障害程度はある程度相関しているがその相関は弱い。(図 1、2)



手術適応について述べる、

初期 ほぼ Larsen 分類で I、II に対応するが肩関節の滑膜炎所見があり疼痛も著しく、保存的治療に 6 ヶ月以上抵抗する場合に滑膜切除術の適応となる。関節鏡視下は拘縮が少ない場合には直視下よりよい適応であるが、拘縮のある場合にはその逆となる。

中期 Larsen 分類で III 程度の場合には人

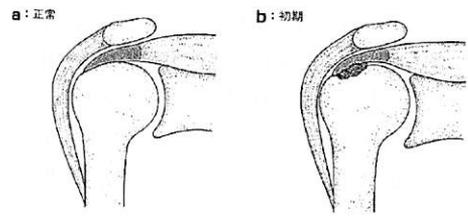


図 1

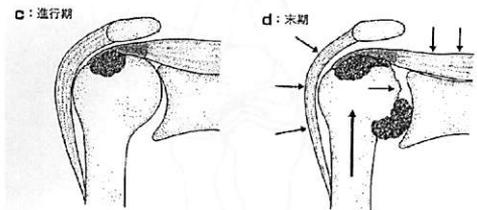


図 2

工骨頭または人工関節置換術の適応となる場合もある。

後期 Larsen 分類でIV、Vで痛みが著しい場合には人工骨頭または人工関節置換術の適応となる。

人工関節と人工骨頭の治療成績の予後、術後機能比較では明確な違いはない。我々の施設での検討では術後機能にもっとも大きな影響を及ぼすのは術前の腱板障害の重症度であった。

2. 肘

肘関節はやはり関節リウマチにおける骨関節の破壊様式に多様性は見られるが、ある程度の傾向はある。(図3)

初期 ほぼ Larsen 分類でI、IIに対応するがADL上十分な関節可動域を要求される。肘関節の滑膜炎所見があり疼痛も著しく、保存的治療に6ヶ月以上抵抗する場合に滑膜切除術の適応となる。

中期 腕尺関節の滑車切痕部の破壊吸収が出現する。Larsen 分類でIII程度に相当するが、人工関節置換術の適応となる場合もある。

後期 滑車全体の骨吸収へと進行する。上腕骨小頭の外顆部は最後に破壊吸収される。臨床症状は肘関節の不安定性が出現する。Larsen 分類でIV、Vに相当するが人工関節置換術の適応となる。骨破壊が重度の症例に対しては骨移植またはlong stemの人工関節の使用が必要となる。

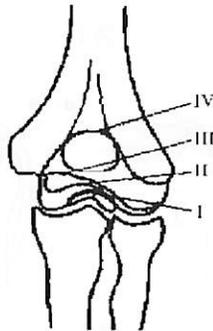
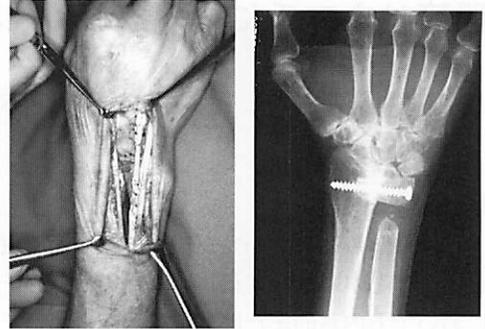


図3



腱移植術

柵形成術

図4

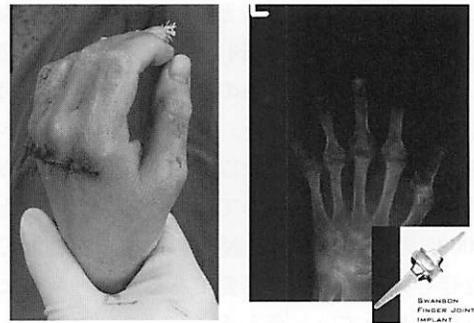


図5

3. 手

手関節は周知のごとく関節リウマチにおいて最も罹患しやすい関節である。症状が軽度の症例においては手関節装具やサポーターを処方する。一方6ヶ月以上疼痛、腫脹が強く続く場合、前腕回旋可動域障害が生じた場合、また伸筋腱断裂により手指の伸展不能が出た場合には手術適応となる。伸筋腱断裂に対しては腱移行または腱移植術の適応となる。一方、遠位橈尺関節障害による同部の痛みまたは前腕回旋可動域障害が見られる場合には滑膜切除術に加えDarrachまたはSauve-Kapandji法といった尺骨遠位端の処置が必要となる。後者の方が術後に生じる可能性のある手根骨尺側変位を予防できる可能性が示唆されている。我々の施設ではSauve-Kapandji法を改良した柵形成術を施行している。(図4)手関節固定術も確実な除痛効果が期待される優れた手術方法として

推賞されている。Swanson implant はゆるみ等の発生が長期的には危惧されて推賞されていないが、我々の施設での長期成績は非常に優れたものも多い。(図5)

4. 手指

手指の変形として生じる可能性のある変形は非常に多様であるが、代表的な変形についての手術加療について解説する。

ポタン穴変形(図6) しばしば見られる変形であるがその原因は伸筋腱側索が掌側脱臼したために生じている。

MP 関節掌側脱臼、尺側偏位 MP 関節における掌屈、職側偏位も RA に特徴的な指の変形であり、MP 関節が掌側または尺側に脱臼している。Swanson implant なども行われているが、機能長期成績などから必ずしも強く勧められない。

母指 IP 関節の脱臼 ADL 上つまみ動作に障害が強い時には整復固定術が必要となる。(図7) 示指においても同様に固定が必要となる場合がある。

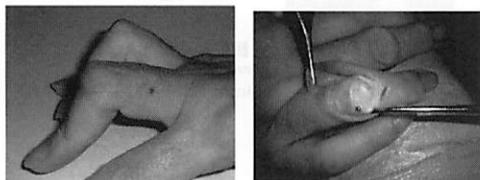


図6

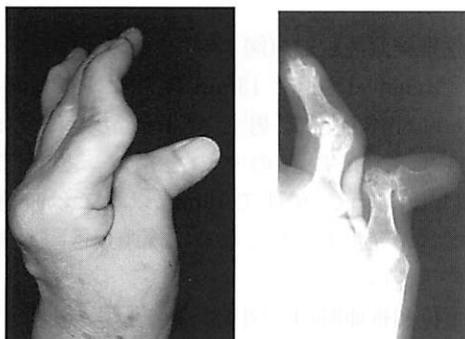


図7

5. 股

罹患率は30%程度であるが股関節においては滑膜切除術の適応はなくレントゲン上股関節の重度骨破壊が伴う激しい関節痛がある場合に人工関節置換術の適応となる。股関節はレントゲン初期には関節裂隙が消失するが、後期になると臼底が菲薄する中心性脱臼のパターンを取ることが多い。

6. 膝

膝関節においては肩肘関節と同様、関節破壊が軽度で滑膜増殖が重度である場合には、滑膜切除術の適応となる。直視下、または関節鏡視下での選択肢があるが疼痛軽減の点で明らかな有意差はない。しかし、侵襲の程度、術後可動域の点で関節鏡がやや優れているように思われる。

骨関節破壊が重度となった症例に対しては人工関節置換術の適応となる。

7. 足

足関節及び後足部の変形について多症例を対象とした検討は報告があまりない。我々の施設での検討では、2~3%の症例では足関節内反変形をきたすが多数例では外反または外反扁平足となる。外反または外反扁平化に伴い足関節は変形をきたすが、変形を重度にきたし多症例については手術適応となる。手術方法は現時点では関節固定術が最も推賞されるが、その主たる理由が人工足関節の長期成績不良による。(図8)しかし、近年モバイルインサートを持つものが開発され長期治療成績が改善する可能性がある。

また、後足部の外反または外反扁平に対して疼痛が激しく変形が重度のものに対して手術適応となる。手術方法としては後足部4足根骨を正常なアライメントに矯正し固定する手術(3関節固定術)が推賞される。(図9)

8. 足趾

リウマチ足の前足部変形では母趾の外反変

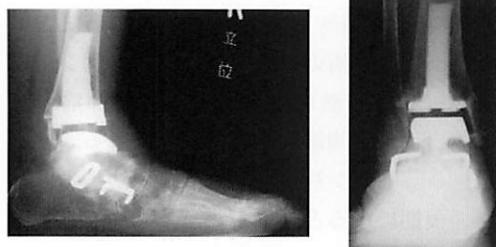


図 8

形、それに第2～5趾MP関節の背側脱臼(槌趾変形)が合併することがある。これらによって有痛性ベンチ、皮膚潰瘍が生じる場合には手術適応となる。手術法として母趾矯正骨切り術および足趾切除形成術(Lelievre法)が主に行われている。(図10)

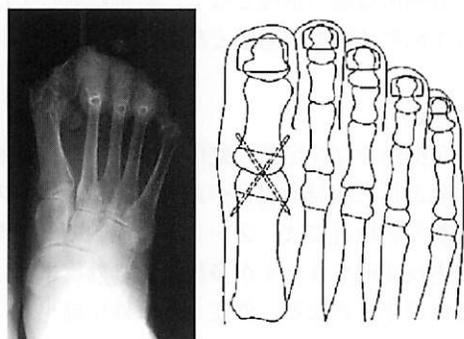


図 10

9. 頸椎

頸椎で最も多く見られる障害は環軸椎亜脱臼、軸椎垂直亜脱臼であり、場合により下位頸椎亜脱臼が生じる可能性がある。進行過程としては環軸椎亜脱臼が最初に生じ、次に軸椎垂直亜脱臼、さらに下位頸椎亜脱臼へとなるのおおまかな理解でも間違いではない。臨床症状としては頸部痛以外に脊髄症状まで生じるものが1/3の症例にあるといわれている。脊髄症状としては四肢のしびれ、脱力、膀胱直腸障害である。レントゲン撮影で頸椎の障害程度は判断できる。

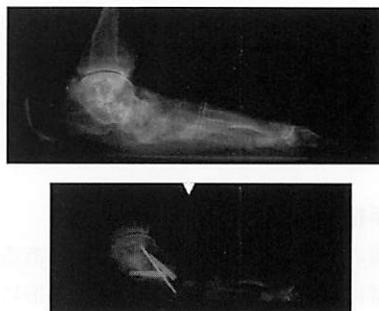


図 9

環軸椎亜脱臼 (図11)

環椎歯突起間距離で3mm以上、または脊髄余裕空間で14mm以下の場合を指す。その中で

整復可能なものに対しては環軸椎後方固定術

整復不可能なものに対しては環椎後弓切除および後頭頸椎固定術の適応となる。

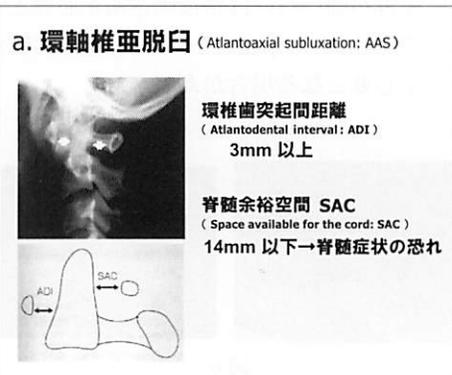


図 11

軸椎垂直亜脱臼 (図12)

Ranawat法で13mm以下、Redlund-Johnell(RJ)法で男性で37mm以下、女性で32mm以下のものを指す。男性で24mm以下、女性で19mm以下では神経症状の発生率が高くなる。後頭頸椎固定術の手術適応となる。

下位頸椎亜脱臼 (図13)

椎体後下縁下位椎体後上縁の距離が3mm以上の症例を指すが脊髄症状の生じた

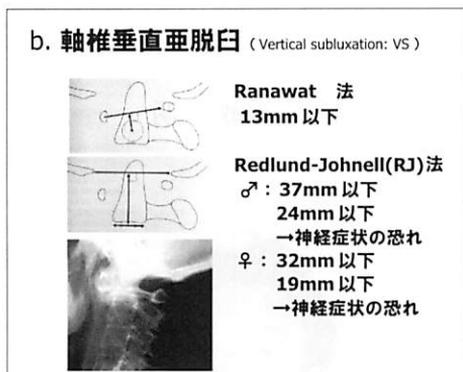


図 12

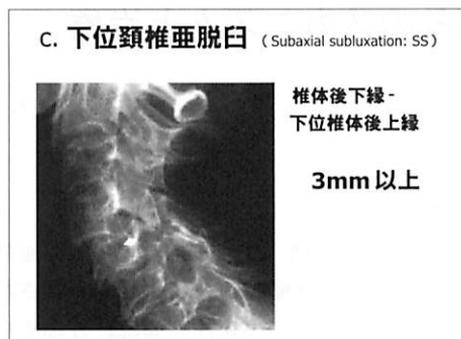


図 13

ものに対しては以下の手術適応となる。

下位頸椎亜脱臼単独では後方 (+ 前方) 固定術

上位頸椎病変合併症例では後頭頸椎 (上位胸椎) 固定術の適応となる。

以上非常に簡単ではあるが関節リウマチに対する手術治療を先日発刊された「診療のマニュアルと EBM に基づく治療ガイドライン」を参考にして解説した。(図 14、15) 先

述したが関節リウマチの病態は非常に多様性を持つ疾患であることに注意すべきである。よって画一的な治療方法ではなくやはり各症例を十分に検討し治療計画をたてなければならない。次に厳密な意味での EBM は現実的には不可能に近く、あくまでもそれに準じたものであるとの理解を持ちながら治療を選択しなければならない。以上のことを鑑みながら関節リウマチの日常診療の一助となれば幸いである。

	滑膜切除術	人工関節置換術	関節固定術	関節形成
肩関節	B	A	C	C
肘関節	A	A	D	C
手関節	A	C	B	B
手指関節	A	B	B	B
股関節	C	A	C	C
膝関節	A	A	C	C
足関節	B	B	A	C
足趾関節	C	C	B	A
手腱鞘	A	腱移行	腱移植	

図 14 関節リウマチ手術の適応と頻度

関節	術式	除痛	可動性	変形矯正
股関節	人工関節置換術	○	○	○
膝関節	滑膜切除術	○	△	×
	人工関節置換術	○	○	○
足関節	人工関節置換術	○	△	○
	関節固定術	○	×	○
足	後足部関節固定術	○	×	○
	中足部関節固定術	○	×	○
	前足部外反母趾矯正	○	△	○
	中足骨頭切除術	○	○	○

図 15 関節リウマチ下肢手術のまとめ

痛みのメカニズムと治療

大阪医科大学 麻酔科学教室 南 敏 明

はじめに

痛みは、急性痛（生理的な痛み）、炎症性疼痛、神経因性疼痛の3つに大きく分類される。生理的な痛みや炎症性疼痛は、外傷や病気に対する有用な生体防御のための警告反応である。一方、神経因性疼痛は、中枢神経または末梢神経が傷害されることに起因する痛みで、自発痛、侵害性刺激に対する閾値が低下する痛覚過敏反応、通常痛みを引き起こさない触覚刺激で惹起される激痛（アロディニア）等の症状からなり、一度病態が完成すると慢性に経過し非常に難治性で、痛みそれ自体が有害な病態をもたらす。関節リウマチの痛みは、炎症性疼痛であり、カウザルギー、反射性交感神経性萎縮症（RSD）、脊髄損傷後の痛み、脳卒中後の中枢痛が、神経因性疼痛に相当する。本稿では、2004年11月13日の大阪臨床整形外科医学会学術講演会で発表させて頂いた内容から紙面の都合により神経因性疼痛について解説する。



膜電位付近では Mg^{2+} による阻害が働きチャンネルは開かない。シナプス終末よりグルタミン酸が放出され、後シナプスの AMPA 受容体に引き続き NMDA 受容体が活性化されると、細胞外からの Ca^{2+} 流入して、カルモデュリン (CaM) によって一酸化窒素 (nitric oxide: NO) 合成酵素 (NOS) が活性化される。NOS は細胞内に大量にある L-アルギニンから NO を産生する。NO は後シナプス細胞への神経伝達に関与するだけでなく、膜を

グルタミン酸受容体 — 一酸化窒素 (NO) 系

生理的な状態では、末梢からの熱、圧、化学等の侵害性刺激は、グルタミン酸を介して後シナプス膜上の AMPA 受容体 (グルタミン酸受容体のサブタイプの一つ) へ伝えられる (図 1, 生理的な状態)。

NMDA 受容体 (グルタミン酸受容体のサブタイプの一つ) は静止

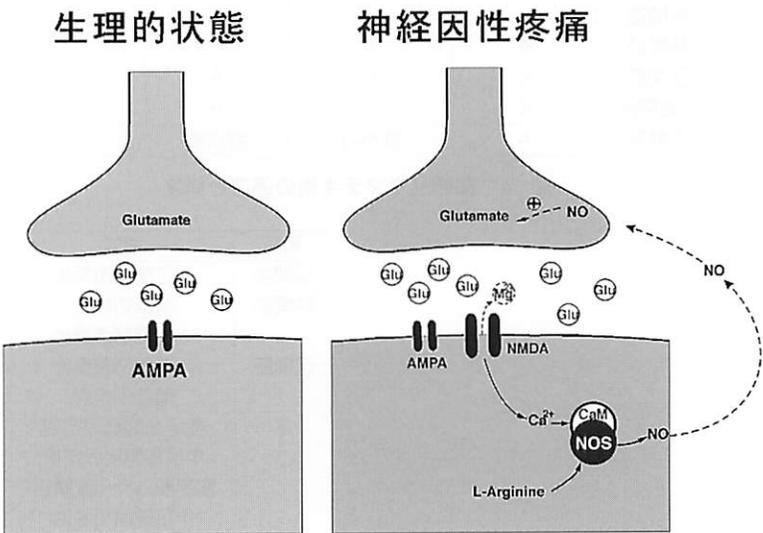
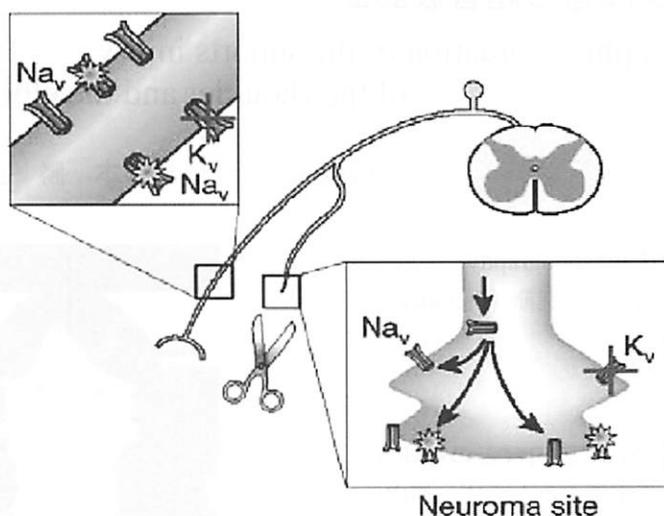


図 1 グルタミン酸受容体 — 一酸化窒素 (NO) 系



Scholz & Woolf. Nature Neurosci. 5: 1062, 2002

図 2 痛みに対する Na⁺ チャンネルの関与

容易に通過できる NO は前シナプスに逆行して、グルタミン酸の放出を促進し、脊髄において痛みの感受性の増大を引き起こす (図 1, 神経因性疼痛)。

ケタラールの点滴療法

NMDA 受容体チャンネルを抑制するために、現在、静脈麻酔薬であるケタミン (ケタラール[®]) や鎮咳剤のデキストロメトルファン (メジコン[®]) が、神経因性疼痛の治療に用いられている。

麻酔薬としてケタラール[®] を使用する場合、1-2 mg/kg 静脈内注入するか 5-10 mg/kg 筋肉内投与するが、神経因性疼痛では、0.1-0.2 mg/kg を約 1 時間かけて点滴で投与する。

メジコン錠[®] は、鎮咳剤として内服投与するのと同様に 3 錠を分 3 で経口投与する。

リドカインの点滴療法

Na⁺ チャンネルは細胞膜の興奮性の制御に関与することから、組織損傷や炎症に伴う一次求心性線維の興奮性の増大に、その関与が示

唆されている。神経損傷が起ると Na⁺ チャンネルが発現し異所性発火が引き起こされる (図 2)。

現在、神経因性疼痛の治療薬として Na⁺ チャンネルを抑制する目的で局所麻酔薬 (リドカイン) や抗痙攣薬 (カルバマゼピン) が用いられている。リドカインの点滴療法は、静注用キシロカイン 2%[®] 1 アンプル (100 mg) を、約 1 時間かけて点滴で投与するが、中枢神経系や心血管系への副作用の出現により使用には注意を要する。

おわりに

神経損傷や慢性炎症は、NMDA 受容体や Na⁺ チャンネルを介した末梢性・中枢性感作を引き起こすが、これは神経系の機能的な変化である。しかし、痛みが持続すると交感神経や触覚刺激を伝える A β 線維の発芽といった器質性変化も惹起される。

神経因性疼痛は、病態が完成されると痛みが記憶として持続し非常に難治性となるため、早期診断、早期治療が必要である。

肩肘スポーツ障害の超音波診断

Ultrasonographic evaluation of the suports injury of the shoulder and the elbow

名鉄病院 整形外科 杉本 勝正

Key word:超音波(Ultrasonography), スポーツ障害 (suports injury), 肩関節 (shoulder), 肘関節 (elbow)

【はじめに】

スポーツ傷害は骨折、脱臼などの単純X線検査で診断できる症例のみならず、筋肉、靭帯、腱組織などの軟部組織に生じる症例が多い。近年普及してきた超音波断層検査はこれら軟部組織を簡便かつ無侵襲に診断できる利点を有するため、整形外科領域において普及すべき補助診断法であると考えられる。今回我々がを行っている肩肘関節のスポーツ傷害に対する超音波断層法を紹介する。

【超音波診断の基礎】

1) 正常関節構成体の超音波像

超音波診断において診断基準となる要素はエコー輝度とその性状である。エコー輝度を高、中、低の3段階に、エコー性状について均一、不均一、明瞭、不明瞭、消失、などの表現を用いて診断していく。各組織の正常なエコー輝度は腱、靭帯組織は比較的高エコーで均一、筋肉組織は比較的低エコーだが筋中隔は高エコーで描出される。その他硝子軟骨は低エコー、線維軟骨は高エコー、浸出液は低エコー、滑膜は中エコーを呈する。

2) スポーツ傷害で出現する超音波像

筋挫傷つまり肉離れと一般に言われる傷害は、筋肉内の血腫や浮腫を低エコー像として捉えることで診断する。急性期には低エコーであった像が経時的に高エコー像を呈する。腱組織では肩関節腱板、上腕二頭筋長頭腱、その他の屈筋腱、伸筋腱の断裂を菲薄化と低



エコーとして、腱の脱臼などは動態検査を加え診断する。靭帯組織では断裂や損傷に伴う靭帯周囲の血腫や浮腫を捉える。滑膜、腱鞘では炎症による浮腫や水腫を低エコー像として捉える。軟骨組織の中で線維軟骨である関節唇の断裂、剥離は主に形態的变化と動態検査を加え診断する。その他関節内遊離体の検索、軟骨損傷に伴う関節面の不整なども診断できる。

【超音波装置及び検査法】

超音波断層装置はある程度の上級機種であれば大差ないがプローブは7.5MHzから10MHz リニアプローブを用いるのが一般的である。

1) 肩関節の診察法

肩関節に対して、筆者らがすでに報告しているように¹⁾、まず上腕二頭筋長頭腱及び結節間溝を中心に検索する。特に炎症の存在を示唆する長頭腱周囲のeffusionに注意して検索する。肩甲下筋腱は検者の上腕を内外旋して小結節附着部を中心に検索する。次にプローブを頭側へ移動させ、棘上筋腱前縁を描出する。そこから後方へ長軸像のまま棘上筋

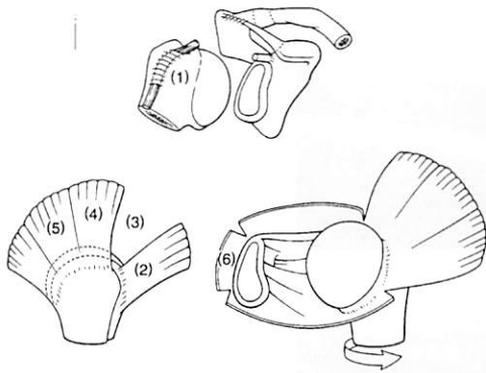


図1) 肩関節の診察法。番号順に検査していく。

腱全体を検索する。短軸像でも棘上筋全体を調べた後、棘下筋を長軸像で付着部を中心に検索する。さらに肩峰棘の midpoint で棘下筋の筋幅を両側計測する。その際後方関節唇や臼蓋の Bennett lesion も調べる。最後に上腕 90 度外転位で腋窩から前下方関節唇を、肩峰鎖骨間隙から上方関節唇を観察し一連の検査を終了する。

2) 肘関節の診察法

肘関節はまず上腕骨小頭の軟骨面を肘関節屈曲位で観察する。その際 posterolateral compartment に存在する関節遊離体の有無をチェックする。次に尺側側副靭帯を長軸像で捉え、形態を杉本らの報告したタイプ別に分類する²⁾。最後に肘頭窩を長軸、短軸で観察し、遊離体の有無、肘頭骨棘を屈曲伸展させ動態観察を行う。

症例を共覧する。

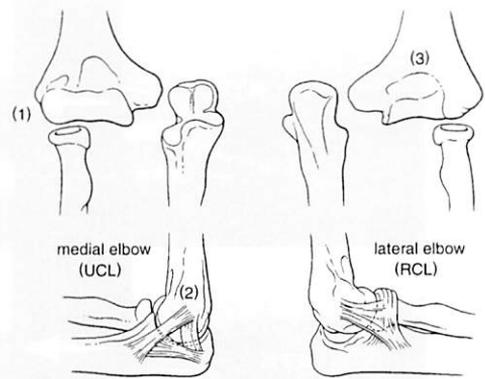


図2) 肘関節の診察法。番号順に検査していく。

【症例1】27歳男性 社会人野球チーム外野手

投球時痛にて来院。resisted abduction test 陽性、impingement test 陽性、超音波画像上、棘上筋腱に低エコー領域を認め(図3)、棘上筋断裂に伴う impingement 症候群と診断し関節鏡視下肩峰下除圧術(ASD)を施行した。鏡視にても棘上筋腱に小断裂を認めた。

【症例2】25歳男性 プロ野球投手

投球中に球が浮き出したため来院。投球側の外旋筋筋力が低下し、超音波画像上、棘下筋の筋幅は健側と比較し約5mmの萎縮を認めた。投球による棘下筋萎縮の診断にて経時的に萎縮を計測した。受診後1週間でその差が10mmまで増加したが以後変化せず(図4)、外旋筋筋力も回復してきた。

【症例3】18歳男性、アマチュア野球投手

投球時痛を訴え来院。下方動揺性を認め、



図3) 棘上筋腱断裂症例。腱実質に低エコーを認める。

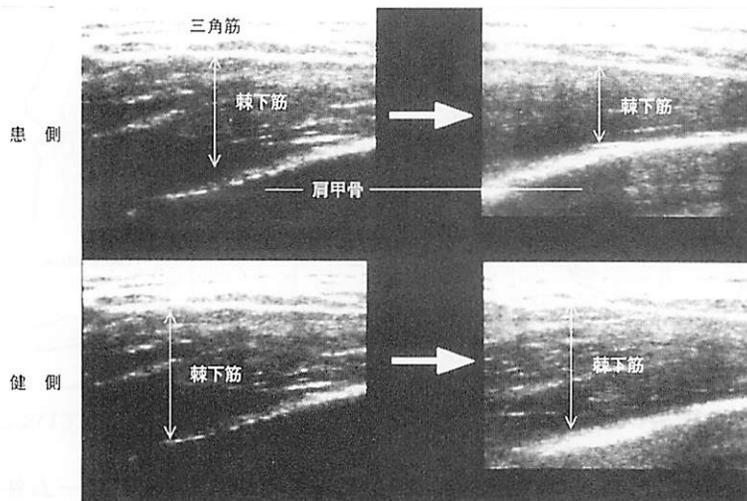


図4) 棘下筋萎縮症例。初診時に比べ1週間後に筋幅が減少している。

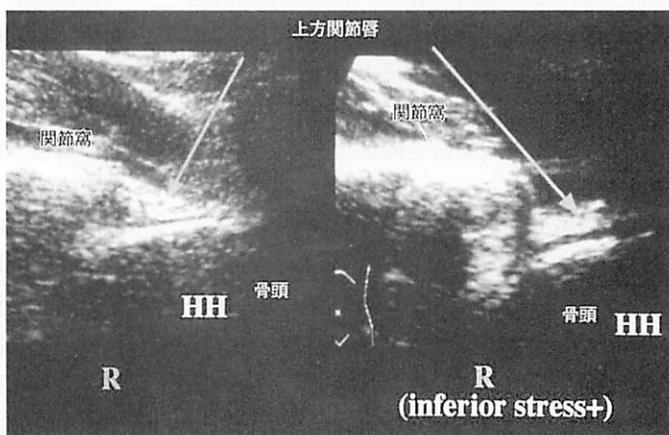


図5) 上方関節唇損傷症例。関節窩から関節唇が下方移動する。

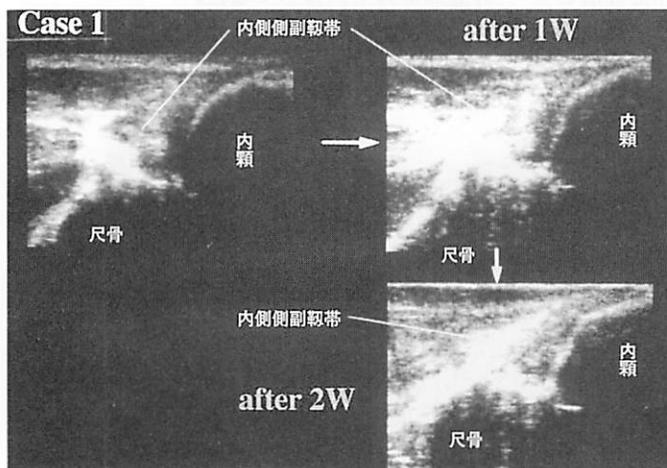


図6) 尺側側副靭帯損傷症例。近位の腱実質が低エコーとなり経時的に低エコーが消失する。

impingement テスト陽性、挙上時にクリック音を認めた。超音波像では上方関節唇が骨頭の下方ストレスに伴い関節窩から下方転位するのを確認できた(図5)。上方関節唇損傷と診断し関節鏡にて手術施行した。

【症例4】 24歳男性、社会人野球チーム野手
投球時肘内側に疼痛を訴え来院。内側側副靭帯に圧痛を認め、外反ストレスにて動揺性も存在した。超音波画像分類では靭帯実質の近位部に低エコーを認め内側側副靭帯損傷と診断した(図6)。受傷後1週間から2週間で低エコーは徐々に消退し疼痛も軽快した。

【症例5】 27歳男性、プロ野球投手
大学時代より肘関節に遊離体を指摘され、不安に思い来院。肘頭窩に遊離体を認めるも、超音波像にて肘関節の屈曲伸展にてロッキングをおこさず安定しているため、経過観察中である(図7)。

【考察】

スポーツ障害の中で投擲競技選手は、反復する投球動作により肩、肘関節に炎症や器質的变化を呈している場合が多い。しかし、炎症による浮腫や effusion、靭帯、軟骨などの器質的損傷の有無は単純X線像では診断不可能で、臨床症状から判断する症例が多かった。近年画像診断の発達と共に、MRIや超音波断層検査も一般的な補助診断法として位置付けられるようになってきた。我々は、MRIよりも簡便かつ安全な超音波断層検査をスポーツ選手の肩、肘関節の診断及びメ

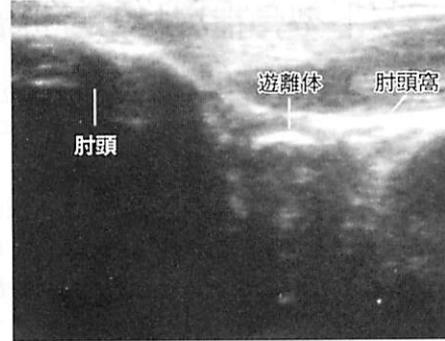


図7) 肘関節遊離体症例。肘頭窩に遊離体を認める。

ディカルチェックに応用してきた。選手自ら画像を観察でき、医師の説明を聞きながら動態検査もできる点で、他の検査法に無い利点を有すると思われる。今後、超音波断層検査はスポーツ医学の領域においても重要な補助診断法の一つになると思われる。

【結語】

肩肘スポーツ障害の超音波診断の基礎と、我々が行っている超音波断層検査を用いた診察及びメディカルチェックを紹介した。

【文献】

- 1) 杉本勝正：肩関節領域における超音波診断. 関節外科, 12:28-35, 1993.
- 2) 杉本勝正：肘内側側副靭帯損傷の自然経過. 日本整形外科超音波研究会会誌, 9:15-19, 1997.

ペースト型骨補填材と骨折治療

独立行政法人 国立病院機構

大阪南医療センター 整形外科 齊藤正伸

近年、骨欠損部に注入できるペースト状の骨補填材が開発され、臨床使用が始まっている。リン酸カルシウム粉末と水またはリン酸水溶液を混合することで自己硬化するタイプと、生体活性ガラスセラミックあるいはハイドロキシアパタイト顆粒をフィラーにレジンをバインダーにしたコンポジットの2種類に分類できる。これらはペースト状で骨欠損部に注入すると硬化すること、骨誘導能を持っていることが特徴である。



1. ペースト型骨補填材の種類

1) リン酸カルシウムセメント

リン酸カルシウム粉末と水またはリン酸水溶液を混合することで自己硬化するタイプのリン酸カルシウムセメントは、生体内で吸収され骨に置換されていくのが特徴である。硬化中の発熱はほとんどない。力学的強度、とくに硬化直後の強度が皮質骨やPMMAセメントに比べ弱いこと、注入部位の骨内に出血があるとペーストが血液によって流されたり、分節化して硬化してしまうことなど問題点もある。現在、日本では1種類のリン酸カルシウムセメント（バイオボックス）が臨床使用可能である。生体内で約1週間経過するとリン酸カルシウムの大部分がハイドロキシアパタイトに変化し、圧縮強度は約80MPaに達する¹⁾。一方、Constantzらは α 型リン酸三カルシウムなどの混合粉末にリン酸ナトリウム液を加えると10分で硬化し、圧縮強度が10MPa、12時間後に大部分は炭酸アパタイトに変化し圧縮強度が55MPaに到達することを“Science”に報告した²⁾。

2) リン酸カルシウムとレジンのコンポジット

ハイドロキシアパタイトやガラスセラミック

クなど生体活性セラミックの微細顆粒（フィラー）をレジン（バインダー）で結合させた複合材料は、骨誘導能を示すが生体内で吸収されず、リン酸カルシウムセメントやPMMAセメントに比べ機械的強度に優れているのが特徴である。歯科領域で使用されている bis-phenol-A glycidyl methacrylate (Bis-GMA) 系レジンをバインダーとして用いることで、セラミック顆粒を70-80%と高濃度に含んだペーストを作成できる。ペースト状の2剤を混合し骨内に注入すると数分で重合硬化し、硬化したセメント表面には生体活性セラミック顆粒が露出、これが骨と化学的に結合する。重合硬化時の発熱は46℃前後である。ハイドロキシアパタイト、ガラスセラミックなどがフィラーとして使用できるが、われわれは Bis-GMA 系レジンをバインダーにして、ハイドロキシアパタイト顆粒を77%含んだ生体活性セメント (CAP) を開発した³⁾。CAPの圧縮強度は249MPaでPMMAセメントの約2倍である。

2. ペースト型骨補填材の臨床応用

リン酸カルシウムセメントは骨折（おもに関節近傍の骨折で海綿骨の粉碎に伴う骨欠損を生じる場合）修復後の骨欠損部の補填や、

スクリューなど骨折の観血的整復固定術に用いられる骨接合材の固定力強化など幅広い適応がある。

1) 橈骨遠位端骨折

骨折を整復し骨欠損部にリン酸カルシウムセメントを充填する方法は、小侵襲、短時間の手術で骨折の再転位を予防し、ギプス固定期間も短縮できるので、早期から良好な除痛と機能回復が期待できる。Sanchez-Soteloらは小切開を加え骨欠損部に Norian SRS を充填し2週間ギプス固定を行った群が、骨折整復後6週間のギプス固定を行った群に比べ臨床成績は良好で、短縮・変形癒合も少なかったと報告している⁴⁾。しかし、リン酸カルシウムセメントの強度の問題から、ギプス内でセメントが粉碎し骨折の再転位を生じた症例も報告され、創外固定や内固定材を用いた固定とともに骨補填のみの目的でこれを使用し、あまり固定期間を短縮するべきではないという指摘も多い。一方、リン酸カルシウムとレジンのコンポジットは生体内で吸収されないという問題はあっても強度に優れ、高齢者の粉碎骨折や関節内骨折で固定期間の短縮、術後早期の機能回復を期待できる。われわれの経験でも、橈骨遠位端骨折にCAPを注入し術後早期から他の固定の併用なく運動を行ったが骨折の転位はほとんどなく、良好な成績が得られている。ペースト型骨補填材を用いた治療で注意しなければいけない合併症は骨外へのペーストの漏れである。

同様に、脛骨近位端骨折などの関節近傍の骨折に対して、ペースト型骨補填材が骨折整復後に生じた骨欠損部の補填に用いられている。

2) 脊椎圧迫骨折

近年、受傷早期からの除痛と離床を目的に、骨折した椎体にPMMAセメントを注入して椎体の圧壊を防止するvertebroplastyが行なわれるようになってきた。アメリカ合衆国では専用の手術器械が開発され、経皮的に骨折椎体に針を刺入しPMMAセメントを注入す

る方法が行なわれている。PMMAセメントに替えて生体適合性と骨誘導能のあるリン酸カルシウムセメントを注入する実験的な試みも行なわれ、日本ではPMMAセメントの保険適応が人工関節の固定に限られていることもあって、バイオペックスも用いられている。いずれの材料を用いるとしても、セメントの脊柱管や血管へのリークが重篤な合併症を引き起こす危険性があり、まず合併症対策の確立が望まれる。

3) 骨接合材の固定力強化

超高齢者やステロイド剤服用患者などで骨粗鬆が強い症例では、手術中にスクリューの効きが悪いと感じる場合や、手術後スクリューが脆弱な骨を切り裂くように骨内で移動する場合(cut-out)がある。屍体骨を用いた実験や動物実験で、スクリューを挿入する前にドリルホールにペースト型骨補填材を注入し、硬化する前にスクリューを挿入し骨内で硬化させるとスクリューの固定力が強化されることが示されている⁵⁾。以前は、この目的でPMMAセメントが用いられていたが、生体適合性に欠けることと、骨折部にPMMAセメントが及んだ場合に骨折治癒過程が阻害される危険性があり、望ましい材料とは言えない。骨接合材の固定力強化によって正確な整復位の保持や早期離床だけでなく、骨折部の安定化による早期の骨癒合が期待されているが、まだ大規模なコントロールスタディーの報告はない。

おわりに

ペースト型骨補填材は、骨粗鬆症のある高齢者の骨折治療に際し、小侵襲手術で骨折部の変形を最小限にとどめ、固定期間の短縮から早期の機能回復に効果が発揮できると期待される。具体的な手術方法や適切なペースト型骨補填材の種類は症例によって考慮されるべきで、今後、大規模な臨床研究によってそのoutcomeが明らかにされていくであろう。

文献

- 1) 丹羽滋朗、山本晴彦：骨セメント、リン酸カルシウムセメント（骨補填・置換材）。関節外科 1998, 17: 82-88.
- 2) Constantz BR, Ison IC, Fulmer MT, Poser RD, Smith ST, VanWagoner M, Ross J, Goldstein SA, Jupiter JB and Rosenthal DI: Skeletal repair by in situ formation of the mineral phase of bone. Sci 1995, 267: 1796-1799.
- 3) Saito M, Maruoka A, Mori T, Sugano N and Hino K: Experimental studies on a new bioactive bone cement. Hydroxyapatite composite resin. Biomater 1994, 15: 156-160.
- 4) Sanchez-Sotelo J, Munuera L and Madero R: Treatment of fractures of the distal radius with a remodellable bone cement. A prospective, randomized study using Norisn SRS. J Bone Joint Surg 2000, 82-B: 856-863.
- 5) Kawagoe K, Saito M, Shibuya T, Nakashima T, Hino K and Yoshikawa H: Augmentation of cancellous screw fixation with hydroxyapatite composite resin (CAP) in vivo. J Appl Biomater 2000, 53: 678-684.

香川県の花 オリーブ

モクセイ科の常緑樹で初夏には白い小さな花をつけます。
小豆島はオリーブの生産地として有名で、約 40ha のオリーブが栽培されており、オリーブオイルの塩蔵品のほか、化粧品、石けん、オリーブ茶、オリーブそうめんなどが作られています。
街路樹や公園などにも多くのオリーブが植えられており、晩秋には黒紫色の実をたくさんつけている姿を見ることができます。

緑化運動のなかで県民の公募から選定されました。（昭和 41 年 9 月 10 日選定）



胸郭出口症候群の診断と治療

—肩こりの運動療法—

熊本リハビリテーション病院 山鹿 眞紀夫

I. 肩こりは国民病？

肩こりは、本態性、症候性、心因性に大別され、その原因として筋・骨格系疾患以外にも内臓器疾患、眼科・耳鼻科・歯科領域の疾患など様々なものが上げられている。しかし、その機序は未だ不明であり、また、原因の違いでどのような差があるのかもはっきりしていない。

肩こりは日本人に特有な疾患だとも云われ、国民生活基礎調査では約60%の人が肩こりに悩まされており、男性では腰痛症について三番目、女性では最も多い。一方、日本人は、以前から姿勢が悪いことが指摘され、肩こりの危険因子の一つとして、従来から不良姿勢が強調されてきている。

考案した肩甲骨装具を用いた胸郭出口症候群（TOS）の治療がTV報道され、「肩こり」を主訴とした患者さんが多数受診した。このような症例のこりや痛み、シビレ、脱力といった神経症状は、一般に脊髄分節や末梢神経支配領域に合致せず、広範でかつその境界は不明瞭であるが、後述する胸郭出口症候群（腕神経叢の障害）に基づくものと考えると理解しやすい。外来受診した症例約700名を分類すると、頸肩腕症候群が44%と最も多く、頸椎疾患及び胸郭出口症候群が各々25%、肩関節疾患が19%であった（重複診断13.5%）。そして、神経・筋の牽引刺激状態を緩和する（肩甲帯を挙上保持する）治療で、TOSの95.7%、頸肩腕症候群の81.6%で症状改善が得られ、受診例の60%が神経・筋の牽引障害が関与していることが推察された。神経・筋の伸張障害は、日常診療で遭遇する事の多いポピュラーな病態で、これを念頭に置いておくことが必要である。



II. 胸郭出口症候群（Thoracic Outlet Syndrome : TOS）—神経・筋の牽引障害について

神経・筋の牽引障害の典型例がTOSである。牽引障害に着目すると日常臨床でよく遭遇する病態であるが、見逃されている場合が多い。

TOSには腕神経叢圧迫型と牽引型があり、牽引型が80～85%を占める。圧迫型は、男性で筋肉質、怒り肩の人が多い。一方、牽引型は、痩せて首の長い撫で肩の若い女性に多く、猫背で顎を突き出した不良姿勢を呈し、以前から指摘されてきたTOSの身体的特徴を示す。

症状としては、上肢の疼痛・しびれ、肩こり（頸部～背部の疼痛、凝り）から手指の血管運動障害（腫脹、色調異常）や頭痛、めまい、全身倦怠感などの様々な不定愁訴（自律神経症状）まで多様である。症状は午前中より午後の方が強く、また、荷物を下げる、重い物を持ち上げるなど上肢への下方牽引が加わる動作（肩甲帯が下垂する様な動作）で増悪することが特徴である（表1、2）。

肩甲骨は外転・下方回旋し下角は突出し、

表1 TOS 診断基準

腕神経叢圧迫型	腕神経叢牽引型
<ol style="list-style-type: none"> 1. 肩甲背部～上肢にかけての神経血管圧迫症状が存在し、長時間持続するか反復性である。 2. Adson,Wright,Eden 各脈管圧迫テストが、レーザードップラー上で少なくとも1つが陽性であり、かつ、その際症状の再現あるいは増悪が認められる。 3. Morley テストで、圧痛や上肢～手指、背部への放散痛が認められることが多い。 4. Roos の3分間運動負荷テストが陽性である。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 肩甲背部～上肢にかけての神経血管牽引症状が存在し、長時間持続するか反復性である。 2. 上肢の下方ストレスで症状が増悪し、上肢・肩甲帯を挙上保持することにより即座に症状の改善ないし消失が認められる。 3. 斜角筋三角上方部で、圧痛や上肢～手指、背部への放散痛が認められる。

表2 胸郭出口症候群の臨床症状

局所症状	圧迫型	牽引型
肩こり	100.0	100.0
項頸部痛	75.0	78.3
上肢の疼痛	77.7	65.2
上肢のしびれ	88.9	95.6
手指の腫脹感	75.0	45.4
手指の色調異常	80.0	72.7
手指の発汗異常	25.0	31.8

(%)

全身症状	圧迫型	牽引型
頭痛	66.6	63.6
眼症状	25.0	50.0
立ち眩み	22.2	59.1
動悸	33.3	22.7
息切れ	11.1	31.8
悪心・嘔吐	44.4	40.9
胃腸障害	28.5	31.8
不眠	18.0	16.0
微熱	25.0	34.8
天候による変調	25.0	54.5
全身倦怠感	33.3	81.8

(%)

鎖骨は水平～逆V字型を呈し、肩甲帯全体の下垂が認められる(図1)。この様なポジションでは、腕神経叢や頸部～肩甲背部の筋群は絶えず緊張下にあり過敏状態となり、凝りや痛み、しびれが生じ、調子が悪くなると益々不良姿勢となり悪循環に陥ることになる。

一方、肩を持ち上げ牽引状態を緩めてやると、即座に症状が軽減～消失することが牽引型の特徴である。この状態を維持し、悪循環を断ち切ることがポイントとなる。そのために、治療の主眼を、筋スパズムの軽減、不良姿勢の改善、肩甲帯周囲筋(特に肩甲骨内転・外旋筋、肩回旋腱板)の柔軟性の改善と強化

にしている。また、肩甲帯を挙上し牽引刺激状態を改善させる目的で考案した熊本大学式肩甲骨装具(図1、KSバンド;アドバンフィット社)を必要に応じて使用する(詳細は文献を参照されたい)。

局所的な治療と併せて、不良姿勢の改善と姿勢を保つ耐久性を得るため、フィジカル・フィットネスを高めるよう指導する。顎を引き、歩幅を少し広げ、やや速足で歩かせることは、簡単かつ有効な手段である。意識して日常生活での活動性を上げさせ、週2～3回やや早足での散歩や水中ウォーキングなどの全身運動を行わせる。

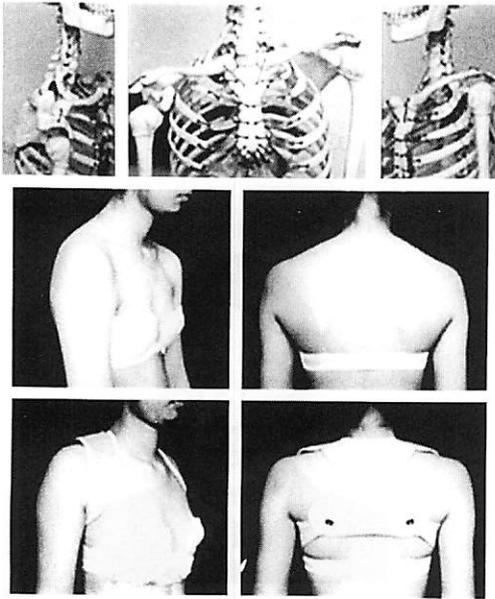


図 1

III. 胸郭出口症候群と自律神経障害

胸郭出口症候群では、様々な自律神経症状（不定愁訴）を伴うことが多く、これが診断・治療を複雑にしている。

これまで、心電図 R-R 間隔変動 (CVRR) やレーザー・ドップラー血流計 (LDF) を使用した負荷試験等により、TOS に伴う自律神経障害の存在を定量的に確認し、治療により改善できることを報告してきた（詳細は文献を参照）。自律神経症状と精神症状を区別し、適切に治療を行っていく必要がある。

IV. 終わりに

胸郭出口症候群やその類似病態は、牽引障害に着目すると日常診療で非常に多いものである。神経や筋群の牽引・伸張障害という観点で治療を進めていくことで好結果が得られる。

【参考文献】

- (1). 山鹿真紀夫：胸郭出口症候群における自律神経障害の検討．日整会誌 63:741-749, 1989.
- (2). 山鹿真紀夫, 他：胸郭出口症候群のリハビリテーション．臨床リハ 6:242-247, 1997.
- (3). 山鹿真紀夫：整形外科外来での病態把握のコツ—胸郭出口症候群．関節外科 17-5 増刊：11-15, 1998.
- (4). 山鹿真紀夫：胸郭出口症候群の保存療法．MB Orthop.11：43-50, 1998.
- (5). 山鹿真紀夫：「肩こり」に対する装具療法—KS バンドー．治療 80：2581-2583, 1998.
- (6). 山鹿真紀夫, 他：職場における頸肩腕症候群の予防と治療．骨・関節・靭帯 11：1115-1122, 1998.
- (7). 山鹿真紀夫, 他：鞭打ち損傷における自律神経障害の検討．自律神経 36：395-400, 1999.
- (8). 山鹿真紀夫, 他：胸郭出口症候群．室田景久, 他編集, 整形外科有痛性疾患の保存療法のコツ (上)．全日本病院出版会, 東京, 2000, 122-128.
- (9). 山鹿真紀夫, 他：慢性頸肩腕痛の病態と治療．関節外科 20 増刊：158-165, 2001.
- (10). 山鹿真紀夫, 他：胸郭出口症候群—神経・筋の牽引障害—．脳 21, 4：165-170, 2001.
- (11). 山鹿真紀夫：頸肩腕部の筋・筋膜性疼痛について．ペインクリニック, 24：772-780, 2003.
- (12). 山鹿真紀夫：頸肩腕痛とそのリハビリテーション．リハビリテーション MOOK—No6 骨関節疾患のリハビリテーション．金原出版, 東京, 2003, 64-79.

変形性膝関節症に対する私の治療

近畿大学医学部堺病院整形外科・リハビリテーション科
辻本 晴俊

(はじめに)

変形性関節症(OA)とは関節軟骨の老化性退行変性を基盤とし、これに何らかの原因が加わって関節軟骨の破壊を生じ、さらに骨性増殖が加わって破壊層と増殖層が混在するに至り、これに二次的に生じた滑膜炎を伴って関節機能の障害を生ずるに至った原因不明の関節疾患と呼ばれている。OAの好発部位は膝関節であり、膝OAの特徴的なのは、病変の進行と荷重状態の悪化との関連である。また膝OAは中高年の女性に好発する疾患であり、肥満との関係が強いことから、最近では生活習慣病との認識が持たれている。この疾患の私の治療について述べた。

(保存的治療)

- 1) **日常生活指導**: 膝OA患者は一般に肥満のことが多いことより減量を進めており、5kgの減量で膝OAの発生頻度が半減するという報告もある。また、痛みを生じる動作を極力避けるようにと指導を行っており、正座などの膝関節の深屈曲を避けることや階段の昇降、立ち上がりやしゃがみ込みの時には手で体を支えるなどの指導を行っている。
- 2) **運動療法**: 膝関節周囲筋の等尺性訓練、ストレッチ、バランスボードやボールを用いた固有感覚機能改善訓練、ウォーキングなどの指導を行っている。特に固有感覚は年齢とともに低下し、転倒とも深く関与するため、バランスボードやボールなどを用いた訓練が有用である。
- 3) **理学療法**: ホットバックや温浴を用いた温熱療法、アイスパッグを用いた冷却療法などを行っているが、最近では膝関節



周囲の局所疼痛には、低周波レーザー治療器による疼痛緩和治療も行っている。

- 4) **装具療法**: 日本人の膝OAは内側型のOAが多いため、この進展に伴って内側への偏った荷重状態を矯正する装具として外側楔状足底板装具や外側型膝装具をよく処方している。また、膝蓋・大腿関節の膝OAにはデュークシンプソン装具なども使用している。
- 5) **薬物療法**: 疼痛の強い症例では、消炎鎮痛剤を経口投与するが、副作用の発生が懸念される高齢者の場合には、消炎鎮痛剤含有の軟膏や貼付剤などを使用している。しかし、ケトプロフェン含有の貼付剤においては、その副作用である光アレルギー性接触皮膚炎に注意することが大切である。また、消炎鎮痛剤による治療が不十分な場合には、膝関節内に関節成分であるヒアルロン酸の関節内注入を行っている。このヒアルロン酸は、抗炎症作用を有することが示されており、軟骨細胞の代謝を亢進させ、軟骨の変性を遅延あるいは回復させうる性質を持っている可能性があるため、膝OAでは非常によく使用している。

(手術的治療)

- 1) 関節鏡視下洗浄、デブリドマン：関節鏡を使用して変性の強い軟骨や断裂を起こした半月に対して、シェーバーやレーザーを用いて半月の部分切除やシェービングを行っている。特に、初期の膝 OA でヒアルロン酸の関節内注入においても水腫や疼痛などの症状が軽快しない患者に対しては、MRI による検査の結果半月の変性断裂による症状と確認できれば積極的に膝関節鏡手術を勧めている。また、中期から末期の膝 OA 患者においても、TKA に移行するまでのタイムセービング的なものとしてはよいと考える。
- 2) 高位脛骨骨切術：内反型膝 OA が適応となり、脛骨近位部での外反骨切りによって、関節症性変化の少ない関節外側で荷重を受けることを目的とした手術方法であるが、われわれの施設では行って

いない。

- 3) 人工膝関節置換術 (Total Knee Arthroplasty : TKA) : この術式の利点とすれば、骨切りに比べ日常生活への復帰が早く、変形や関節拘縮が高度あってもこれを矯正できることである。しかし、その反面可動域が制限され、骨折、緩み、感染、破損などの重篤な合併症をきたす危険性もある。われわれの施設ではこの5年間で60例、83関節のTKAを行ってきた。術後成績は良好であるが、2関節に術後感染症が認められ、今後も注意深い経過観察が必要である。

以上、変形性膝関節症に対する私の保存的治療ならびに手術的治療について述べましたが、今後の先生方の日常診療に少しでもお役に立てば幸いです。

徳島県の花 すだちの花

みかん科に属し、毎年5月中旬頃白い小さい花を咲かせ、古くから徳島県に生育し、果実はさわやかな味覚で親しまれ、県の特産品となっています。
指定 昭和49年10月4日



OCO A 研修会報告

コンタクトスポーツが及ぼす骨関節脊椎への影響

京都大学 整形外科 中川 泰 彰

我々の調査では、大学及び高校の1部校の相撲部員の傷害部位は頸、腰、膝関節が多く、これらが相撲競技での支障部位の上位を占めている。そこで、数年前より、大学の相撲部新入部員の medical check において、頸椎、腰椎、膝関節の X 線検診も行っている。本日の講演内容はこれらのデータを中心に、相撲などのコンタクトスポーツの頸椎、腰椎、膝関節の変化をお話しします。

まず、コンタクトスポーツによく見られるバーナー症候群です。バーナー症候群とは、スポーツ動作におけるタックルやブロック等の衝突の際、外力を受けた側又は反対側の頸部から肩、上腕、前腕、手指にかけて放散する電撃痛、知覚異常や筋力低下等の麻痺を認める疾患のことであり、アメリカンフットボールでは80%の選手にみられています。相撲でも、立ち合いの衝撃が頸部にかかる負担が大きく、大学の1部校の選手では約90%が経験済みである。相撲では、低身長、低体重などの体の小ささが危険因子になっており、頸部周囲筋力の強化がバーナー症候群発症の対応策となる。アメリカンフットボールでは、タックルなどの多いラインのポジションで発生率が高い。又、バーナー症候群の発症率と頸椎のトルク比（頸椎の脊椎管を頸椎椎体の前後径で除した値）とで有意差はないが、バーナー症候群1回発症者とそれ以上発症者では後者の方が有意にトルク比が低いとの報告があります。トルク比0.8未満が1つの危険因子であるとの報告があります。また、バーナー症候群自体は比較的短期間で症状消失する疾患ですが、1ヶ月以上続く prolonged burner syndrome も存在し、相撲の大学1部校の選手では、10%に頸部鈍痛や握力低下の症状持続がありました。



次に、頸椎 X 線変化ですが、アメリカンフットボールの大学新入部員では、32%に圧迫骨折や椎間板腔狭小化などの変化がみられたとの報告があります。損傷部位はアメリカンフットボールでは、C3/4間が多く、ラグビーでは、C5/6、C6/7間に多いと言われていています。相撲では、大学の大学新入部員の検診で、71%に骨棘形成、神経孔狭小化、椎間板腔狭小化のいずれかの変化が起こっており、高校時代に経験する立ち合い時の、頸椎に対する繰り返す軸圧の結果、C3/4を中心に変性変化が起こると考えられます。又、生理的前弯の消失は81%に認められました。ただ、最近の相撲部OBへのアンケート調査で、相撲引退後の頸椎疾患の増大はあまり認められてはいません。すなわち、頸椎 X 線変化はよく起こるものの、将来的なダメージをあまり考えなくて良さそうです。

しかし、相撲でも脊髄損傷は起こっています。アメリカンフットボールはスペアリングタックルを禁止することにより、頸髄損傷を激減させることができたという競技ルールを変えた医事委員会の勝利といわれる出来事があります。私が経験した相撲での脊損は、首投げを打たれ、頭頂部から土俵に落下したことによる環軸椎脱臼及び中心性脊髄損傷と、

頸部を相手の腹部に突っ込んだまま寄り倒され、頸椎過屈曲による C7/TH1 の脱臼及び脊髄損傷の 2 例です。これらは、脇に入った相手の首を極めること（抱え込む）、後頭部を相手の腹部につけること（突っ込む）等、相撲における危険な組み手といわれている動作であり、頸部周囲筋力に乏しい中学生以下及び女子相撲で、同様の状態になったときは取り直しとするという規定の順守を徹底させることに致しました。又、大学 1 部校の相撲選手も頸部筋力はそんなに大きくなく（柔道、レスリング、アメリカンフットボールより有意に低い）、頸部筋力強化の重要性も選手、監督に指導しています。その結果、いくつかのクラブで準備運動に頸部周囲筋力強化訓練を取り入れてもらうようになってきました。今後、頸椎疾患の減少につながるか注目しています。

腰椎 X 線変化については、腰椎分離症は、レスリング 33%、重量挙げ 36%、一般 3～5% の発生率といわれています。相撲では、大学入学時点で 14% の発生率であり、両側分離の偽関節型が多い状態でした。又、相撲による腰椎 X 線変化は L4 を中心とした下位腰椎に多く発生していました。X 線変化項目の中で、分離症のみ症状と有意な相関がありました。膝関節の X 線変化は、関節裂隙の狭小化は大学新入部員の 23%、骨棘形成は 14% に認められ、ともに高体重、高肥満度が危険因子でした。18 歳の若さでも、変形性膝関節症の危険因子に肥満が存在することを示していました。大学新入部員のデータと社会人を含めたデータを比較すると、X 線変化の割合は、腰椎では、51% が 57% に、膝関節では、41% が 57% に、それぞれ加齢や経験年数とともに増大していました。又、相撲部 OB のアンケート調査でも相撲引退後、腰椎疾患や膝関節疾患で苦しんでいる人たちがいる程度存在し、頸椎と違い、腰椎や膝関節は将来も考えた治療が必要であると思われました。

次に tackler's bony spur という疾患を紹

介します。アメリカンフットボール選手でよく見られ、化骨性筋炎とは別の疾患と考えられています。上腕骨外側の三角筋付着部のやや遠位に上腕骨からつながる bony spur の生じる疾患です。タックルなどの上腕骨への繰り返す直接外力により、骨膜下血腫が生じ、bony spur に成長すると考えられています。相撲でも立ち合い時の繰り返し動作にて上腕骨に直接外力が加わると、同様のことが起こっても不思議ではなく、現に、21 人の高校相撲選手の母集団の中で、2 名 tackler's bony spur が発症していました。1 例は手術による bony spur 切除にて、軽快し、完全スポーツ復帰可能となりましたが、もう 1 例は右肩から当たる立ち合いを左肩から当たる形に変更し、右上腕部の疼痛はなくなりましたが、立ち合いの迫力が落ちたため、競技能力の低下は否めませんでした。相撲でも、アメリカンフットボールと同様の障害が発生する 1 例と思われました。

最後に、最近中学生の相撲選手で 7 mm の ulna plus variance の症例を経験し、相撲もわんぱく相撲を中心に小学生から盛んに行われているため、体操と同様、手関節の成長障害がよく見られるのではないかの推測の元、中学高校生の相撲選手の手関節検診を行いました。しかし、体操ほど高頻度に ulna plus variance が存在するわけではなく、押し、突っ張りの稽古が成長期の相撲選手の手関節に与える影響は大きくないことがわかりました。この点は今までの話と違い、影響力は少なかったようです。

頸椎の変化や tackler's bony spur を考えると、相撲とアメリカンフットボールは立ち合いとタックルという点で通じるところがあり、又、ラグビーのスクラムと、相撲の相手の胸に額をつける姿勢と相通じるところがあると思われ、コンタクトスポーツの共通点が見られた気がします。以上、数あるコンタクトスポーツの中で医学的な傷害の点で、共通点を見つけることができたお話をした

OCOA研修会報告

関節リウマチ薬物療法の新展開 —新たなゴールを求めて

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター 山中 寿

関節リウマチ (Rheumatoid arthritis、以下 RA) の治療の現場では今、大きな波が押し寄せている。新たなクラスの薬剤が開発され、今まさに臨床応用されつつある。本稿においては、新たなゴール設定が必要になった変わりゆく RA 薬物治療の新展開を紹介する。

1. RA 治療戦略のパラダイムシフト

RA の主たる病態は年余に亘って持続する慢性滑膜炎である。そして炎症の結果として関節は徐々に破壊され運動機能障害を呈するに至る。社会的にも損失の大きな疾患であるが、様々なクラスの RA 治療薬が生まれて、RA の薬物治療戦略自体が変化してきた。

従来の RA 治療は、NSAID やステロイド薬を用いて疼痛をはじめとする RA の短期的 QOL (Quality of Life) を改善することが治療の目的であった。RA の自然歴を本質的に変える薬剤がなかった時点においては、目前の患者の苦しみを緩和し、QOL を維持することが最善の医療であったと言わざるを得ない。しかし、メトトレキサートや生物学的製剤などが導入された現在では、治療の目的は短期的 QOL の改善に留まらず、10 年 20 年先の長期的 QOL の改善や維持に変わりつつある。

2. 早期診断・早期治療の実践が必要

RA の関節破壊は原則的に非可逆的である。したがって、このような非可逆的变化が生じる前に RA の進行を抑えようとすることはごく自然な発想である。この意味で、RA の早期診断・早期治療の重要性が強調されるようになった。特に最近になって早期の治療開始が予後の改善につながるエビデンスが集まりつつある。近年、Window of Opportunity (治療のチャンス) という概念が提唱されている。RA の発症後早



期であれば、治療の有効性が高く、寛解導入率が高いことを表現したものである比喩的な表現ではあるが、臨床医の実感を忠実に表現した適切な言葉であると思う。

しかし RA の早期診断は容易ではないのも確かである。近年、抗 CCP (Cyclic citrullinated peptide) 抗体や MRI (Magnetic Resonance Imaging) による画像診断などが急速な進歩を遂げており、RA の早期治療は容易になるとも考えられる。

3. 治療目標は寛解導入

RA 治療の究極のゴールは関節破壊を予防、コントロールし、機能障害を予防し、痛みを緩和することである。生物学的製剤などの導入により、RA の活動性を徹底的に抑制するほど、骨関節破壊は進展しないことが明らかになってきた。より徹底的なりウマチ炎症の抑制が予後の改善につながるものが次々と明らかにされてきている。

具体的には、完全寛解への導入が薬物治療の目標である。寛解に導入できて、はじめて骨破壊の進行が防止できる。RA を診療する全ての臨床医は完全寛解に向かって最大限の努力をするべきであろう。もし、完全寛解が得られなかった場合は、治療のゴールは疾患活動性をコント

ロールし、疼痛を緩和し、日常生活や仕事上の機能を維持し、QOLを最大限に保つことがゴールになる。

4. 各クラスの薬剤の投与目的を明確に(図1)

RAの病態は、プロスタグランジンなどの催炎症物質の産生による関節炎や疼痛と、炎症性サイトカインなどによる関節炎、骨破壊の進行に大別される。前者に対してはNSAID、後者に対してはDMARDや抗サイトカイン療法が用いられる。NSAIDにより患者のQOLを保ちつつ、DMARDや抗サイトカイン療法により骨軟骨破壊の進行を抑制して、RAの長期予後を改善させることがRAの基本的な治療戦略である。

1) 非ステロイド系抗炎症薬 (NSAID)

関節痛に代表される自覚症状の改善を期待して投与する。患者の長期予後を改善する効果は望めない。長期間服用する薬剤であることから、できるだけ副作用の低いNSAIDが望まれる。

2) 副腎皮質ステロイド薬

副腎皮質ステロイド薬は強い抗炎症効果を持ち、自覚症状の著明な改善をもたらすが、進行期のRAの骨破壊の進行を抑制することは確認されていない。一時的な関節炎の増悪に対しては、ステロイドの局所注入が有用である。

3) 抗リウマチ薬 (DMARD)

DMARDは、RAの骨関節破壊進行を防止する効果を期待して投与する。現在投与しうるDMARDのなかでは、メトトレキサート(MTX)の有効性が最もよく確認されており、

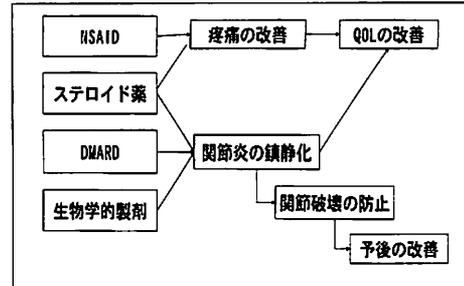


図1 関節リウマチに投与する薬剤

X線的な骨関節破壊の進展も防止する。従来からのDMARDでは注射金剤、スルファサラジン、D-ペニシラミン、プシラミンなども一定の有効性が確認されている。我が国のDMARDにおける最大の懸案は、メトトレキサート製剤の使用可能用量が欧米に比して明らかに低い週8mgまでに制限されていることである。製薬企業と厚生労働省の一刻も早い対応が望まれる。

4) 生物学的製剤

現在最も注目されている治療薬であり、2003年7月には抗TNF α 抗体インフリキシマブが、2005年3月に可溶性TNF受容体-IgG Fc融合蛋白エタネルセプトが発売された。その後も、アダリムマブ、トシリズマブ、アバタセプト、リツキシマブなどが目白押しに開発されている。インフリキシマブとエタネルセプトでは著明な骨破壊の抑制が認められ、その有効性が期待されているが、反面、感染症などの副作用が認められることや、高価な薬剤であることなどの問題もある。これらの生物製剤の投与機会は今後かなり増加すると考えられるが、少なくとも全てのRA患者を寛解に導く夢のような薬とは考えるべきでない。現時点では、必要性がありリスクが小さい患者に投与する薬剤と位置づける必要がある。

5. RA治療の新たなゴール(図2)

図2に2005年時点におけるRA治療の新たなゴールを示す。日常診療における指針としていただければ幸いである。

- ・戦略
 - 長期予後の改善を目的とした治療が必須になる
 - そのためには早期の寛解導入が必要
- ・戦術
 - 活動性RAには生物学的製剤投与を積極的に考慮
 - サイトカイン制御+MTXにて抗リウマチ作用は最適化する
- ・評価
 - 薬効の客観的な評価が必要
 - 安全性には十分な配慮が必要

図2 RA治療の新たなゴール 2005

第 27 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：16 年 7 月 10 日（土）14：30～18：00

開催場所：参天製薬（株）5 階 センチュリーホール

<第一部>

座長 宮脇 裕二（大阪府済生会中津病院）

1. 当院で経験した外側ヘルニア 2 例

北野病院 整形外科 谷田 司明

【主訴】 2 例とも歩行困難と下肢の疼痛

【現症】 2 例とも severe な下肢痛を訴え来院。保存的治療を目的にて入院されたが加療に抵抗したためさらに精査を行った結果、椎間板造影にて外側ヘルニアが判明した。2 例とも手術を行い、現在は症状も軽快し、歩行可能となっている。

【今回討論したい点】

2 例とも椎間板造影を行った結果、確定診断に至ったが、もっと簡便な検査で、例えば外来にて外側ヘルニアを診断する方法はないのか検討して頂ければ幸いである。

2. L5 仙骨化の前仙骨孔（L5/S1）の骨性狭窄と L4/5 椎間板ヘルニアを合併した片側 L5 根症の 1 例

大阪市立総合医療センター 整形外科 佐々木 康介

【症例】 イニシャル O.H. 年齢 32 才 性別 M 職業 建設業

【主訴】 左下肢痛

【現病歴】 平成 13 年頃より立位、仰臥位を継続した時や、歩行時の左下肢痛が出現し、保存的治療受けるも改善なく平成 15 年左 L5 根ブロックにて症状が軽快した。平成 16 年 4 月頃より上記症状の再発増悪を認めたため、手術目的にて入院。

【現症】

①左臀部、左大腿後面、左下腿外側に疼痛、軽度のしびれを呈した。又、左足背内側に軽度のしびれを呈した。知覚異常、筋力低下は認めなかった。

②深部腱反射では左右差、低下を認めなかった。SLR は左側にて 70° で陽性であった。

③レントゲン上 L5 の仙骨化を認め L5/S1 左前仙骨孔の変形狭小化を CT、レントゲン上認めた。MRI にて L4/5 の椎間レベルに小さな椎間板ヘルニアを認めるもミエロでは根嚢像の充満欠損を認めなかった。

④ JOA score は腰痛にて 18/29 あった。

【今回討論したい点】

①治療法にはどのような方法が挙げられるのか（前方アプローチ 髄核摘出術のみ）

② L4/5 の椎間板ヘルニアの関与の有無

3. 大腿骨果上骨折術後に髄内釘の折損を起こした 1 例

大阪赤十字病院 整形外科 吉田憲治

【症例】 イニシャル Y.H. 年齢 83 歳 性別 女性 職業 主婦

【主訴】 右大腿痛、歩行障害

【現病歴】 平成 15 年 1 月 21 日、手押し車を押していて転倒受傷する。近医へ救急搬送され、

1月22日、手術目的にて当科紹介となり入院となる。1月28日、右大腿骨骨折に対して supra-condylar nail (S&N) にて観血的骨接合術施行。その後、理学療法施行し、2月28日、転院した。その後、外来で経過観察していたが、レントゲンでは完全な骨癒合は得られていなかったが、疼痛なく歩行可能であった。平成16年5月6日、右大腿痛出現し、歩行不能となる。5月7日、近医でレントゲンをうけ、nailの折損・大腿骨の再骨折が存在した。同日手術目的当科紹介入院となる。

【現症】 局所の疼痛腫脹強く歩行不能であった。レントゲン上、nailには明らかな折損が存在した。本人は痴呆なく、外傷の既往はなかった。

【今回討論したい点】

1. 偽関節化した原因は何か。
2. 治療法として望ましい方法は。
 - (1) 初回治療に関して。
 - (2) 今回の骨折に関して。

<第二部>

座長 右近 良治 (右近整形外科クリニック)

4. 左手部腫瘍の1例

大阪府済生会中津病院 整形外科 渭川 徹秀

【症例】 イニシャル K.A. 年齢 25 歳 性別 女性 職業 専門学校生

【主訴】 左手部腫脹

【現病歴】 平成16年1月初め頃より左手背に腫脹が出現してきた。放置していたところ、掌側にも腫脹が広がり自壊したため平成16年5月当科受診した。

【現症】 左手第3中手首部中心に腫脹を認める。圧痛あり。手指の知覚運動障害なし。レントゲン上著変なし。MRIではT1 iso、T2 iso～high、血管造影で mild な tumorstain の Ga シンチで左手部、腋窩部に hot 部を認める。

【今回討論したい点】

- ① 診断について
- ② 今後の治療方針について

5. 分裂膝蓋骨に発生した骨腫瘍の一例

早石病院 整形外科 早石 雅宥

【症例】 性別 男性 職業 運転手

【主訴】 右膝の激痛

【現病歴】 以前からアルコール多飲癖があり1月3日マロリーワイス症候群となり内視鏡下に止血、1月4日から右膝の痛みが出現し入院す。保存療法にて2月7日退院。

【現症】 2月19日再度右膝痛出現し早石病院を受診す。右膝関節水腫があり、CRP 12.6 と上昇す。WBC 9600 を示した為感染症を疑い入院す。今回は疼痛部が膝蓋骨の上外側の分裂膝蓋骨にあり、同部に nidus の様な像がみられた。

【今回検討したい点】

- 疼痛因が痛風発作によるものか、osteoid osteoma による痛みかを考えている。
CTの画像処理及びMRIのSliceを切る時の条件についても言及したい。

6. 右大腿骨人工骨頭の脱臼整復時、インナーヘッドの脱転をきたした一症例

住友病院 整形外科

○川島 邦彦、渋谷 高明、井本 一彦、太田 一威
田中 裕之、中村 茂子、太田 信彦

【症例】イニシャル K.Y. 年齢 74 歳 性別 女 職業 無職

【主訴】右股部痛

【現病歴】平成 16 年 2 月 8 日転倒受傷、2 月 10 日右大腿骨人工骨頭置換術施行。3 月 17 日独歩にて退院となった。3 月 19 日自宅にて転倒、Xpにて右大腿骨頭の脱臼を認めた。全麻下、透視下に徒手の整復を試みたところ、カップとヘッドの脱転が起こった。同日右人工股関節全置換術施行。術中採取したインプラントには特に破損はなかった。

【既往歴】パーキンソン病、視力障害があり受傷前よりほぼ監視下に歩行を行っていた。

【今回討論したい点】

整復時の偶発的な作用により脱転が起こりうる。

整復の際には、盲目的な牽引はさけ、愛護的な整復操作が望ましい。

7. 激烈な仙骨部痛を呈した 1 例

国立病院大阪医療センター 整形外科

○野村 興一、坂井 孝司、李 勝博、大園 健二

【症例】イニシャル M.Y. 年齢 70 歳 性別 女性 職業 無職

【主訴】仙骨部痛

【現病歴】平成 16 年 3 月 20 日頃より特に誘因なく仙骨部痛を自覚し、徐々に増強、歩行困難となったため同 3 月 28 日当科受診、同日入院となる。

【既往歴】平成 15 年 11 月 19 日左変形性股関節症に対し、左人工股関節全置換術施行。

【現症】仙骨部に安静時痛を認め、歩行不能、下肢の筋力低下、膀胱直腸障害は認めず。平成 16 年 3 月 28 日入院時の血液生化学所見では WBC 8700 (neut 82.8%) CRP 4.4 と感染徴候を認めた。

【今回討論したい点】

鑑別診断及び治療法について御検討頂きたい。

特別講演

座長 尾原 善和 (大阪市立総合医療センター)

「骨破壊をターゲットにした関節リウマチ治療戦略」

東京大学大学院 医学系研究科外科学専攻感覚・運動機能医学講座整形外科学

講師 田中 栄 先生

研修単位：日整会教育研修会認定 1 単位

日本リウマチ財団登録医研修単位 1 単位

大阪府生涯教育研修 5 単位

第 28 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：平成 17 年 2 月 26 日（土）14：30～18：00

開催場所：北野病院 5 階 きたのホール

<第一部>

座長 宮脇 裕二（大阪府済生会中津病院）

1. 頸椎透析性脊椎症に対する手術治療

北野病院 整形外科 岡本 健

【症例】イニシャル N.K. 年齢 66 歳 性別 F 職業 無

【主訴】両手巧緻運動障害、歩行障害

【現病歴】慢性腎不全、血液透析歴 12 年

【現症】平成 15 年より徐々に四肢しびれ、歩行困難

平成 16 年 10 月頃より歩行不能、書字、食事も不自由となる。

平成 16 年 11 月 11 日手術施行した。

術後、上肢の症状（巧緻運動障害）は改善を認めたが、下肢症状（歩行機能）は十分な改善をえられず、歩行は介助歩行 2、3m のレベルである。

【今回討論したい点】術式選択について

2. (症例 1)

関西電力病院 整形外科 小池 和広

【症例】イニシャル T.T. 年齢 77 歳 性別 女性

【主訴】右坐骨神経痛

【現病歴】平成 16 年 11 月より右股関節痛が出現。股関節痛は保存療法にて徐々に軽快するも 12 月より上記が出現し軽快しないため、1 月入院し、安静ならびに精査を施行中。

【既往歴】関節リウマチ

【現症】右臀部から右下肢にかけての疼痛、神経学的に麻痺症状なし。レントゲン写真にて恥骨融解像が認められ、MRI・シンチでも異常が認められるが、同部に疼痛など炎症所見なし。

針生検で細菌培養（-）、腫瘍組織も認められなかった。

【今回討論したい点】診断、ならびに今後の治療方針

(症例 2)

【症例】イニシャル I.T. 年齢 75 歳 性別 男性

【主訴】背部痛

【現病歴】平成 17 年 1 月 8 日いすから転落し受傷。レ線上、bamboo spine、第 1 腰椎に骨折が疑われ入院加療を始めた。

【現症】MRI にて L1 の信号変化ならびに脊柱管内後方の cystic lesion が認められた。神経学的に異常を認めない。

【今回討論したい点】

cystic lesion についての診断、bamboo spine 合併の圧迫骨折の治療方針について

3. 腰椎椎間板ヘルニアの疑いにて当院へ紹介された一例

大阪府済生会中津病院 整形外科 欠田 恭輔

【症例】イニシャル G.E. 年齢 36 歳 性別 女性

【主訴】左下肢痛

【現病歴】

2004 年 11 月末頃 左下腿のしびれが出現

同年 12 月 5 日夕頃 左大腿後面～下腿にかけての激痛あり

同年 12 月 6 日朝 左下肢筋力低下出現 近医受診し坐骨神経痛と診断受ける。NSAIDs 処方され内服も症状軽快せず。次第に右下肢にも症状出現。

同年 12 月 13 日 腰椎椎間板ヘルニアの疑いとして MRI 撮影し、結果を待たず同日当院紹介となる。

【現症】両大腿後面・下腿前面にしびれ・疼痛 (+) (R<<L) 左 L4～S1 根支配領域に 3～4/10 の hypesthesia MMT Lt. TA 3/5 Gastro 3/5 EHL 3/5 Peroneus Longus 3/5

【今回討論したい点】MRI 上椎間板ヘルニアなど明らかな所見認めず、神経症的なものも疑われたが、筋電図上 M 波の低下認め器質的な変化があるものと考えられた。神経内科コンサルトの結果 Churg-Strauss synd. と診断され転科となった。Churg-Strauss synd. はアレルギー性の血管炎を主体とする症候群である。今回はこの比較的稀な疾患を紹介し、鑑別診断などにつき討論したい。

4. 肢切断を免れた重症大腿骨骨髓炎の 1 例

大阪市立総合医療センター 整形外科 佐々木 康介

【症例】43 歳 女性 事務職

【主訴】左大腿前面痛

【現病歴】既往歴に特記すべきことなし、家族歴として父親と叔父に骨髓炎の既往がある。2004 年 4 月 28 日に誘因なく左大腿前面痛が出現した。5 月 15 日に 39.5℃ の発熱を認め、ショック症状を呈し某救命センターに搬送された。単純 X 線、CT 画像でガス像、膿瘍像を認め、左大腿骨骨髓炎による敗血症ならびに多臓器不全と診断された。5 月 16 日に病巣搔爬、骨髓内洗浄するも炎症は沈静化しなかった。6 月 25 日に創部より MRSA が検出され、7 月 13 日に左大腿骨転子下病的骨折を呈し、加療目的にて当院に転院となった。同時期、本研究会にて検討の上、股関節離断などの治療法をご教示いただいた。同治療法についても言及したが、患者の強い希望があり患肢温存の治療方針が選択された。8 月 17 日に病巣搔爬、持続洗浄を施行した。術中採取した検体より MRSA、緑膿菌が検出された。9 月 21 日に病巣搔爬、バンコマイシン・イミペネム / シラスタチン混入セメントペースト挿入を施行、術後にバンコマイシンおよびイミペネム / シラスタチンと免疫グロブリン製剤の投与を施行し感染徴候に改善を認めた。感染徴候の再燃を認めなかったため 12 月 10 日に抗生剤投与を終了した。

【現症】6 cm の下肢長差を認め、5 cm 補高装具を装着して両側ロフトランド杖歩行訓練中である。単純 X 線上、大腿骨近位部は転子下に 66° 内転した変形治癒と異所性骨化を認める。感染徴候は認めない。

【今回討論したい点】今後の治療方針として、患者は大腿骨の変形に対する矯正を希望している。

<第二部>

座長 大園 健二 (国立大阪医療センター)

5. 人工膝関節全置換術後に起こった膝蓋骨骨折の1例

八尾市立病院 整形外科 片岡 英一郎

【症例】年齢 76 歳 性別 女性 職業 主婦

【主訴】左膝痛

【現病歴】H16. 5 月両膝痛にて来院。両膝 OA の診断のもと、同年 7 月左 TKA 施行 (使用機種 Nexgen LPS flex)。術後経過は良好であったが、同年 10 月 28 日転倒し、左膝痛が出現し、来院した。XP で膝蓋骨骨折を認め、11 月 2 日 tension-band wiring による ORIF を施行した。術後にニープレス固定をおこなったが、術後 3 週で骨片の転位を認めた。

【現症】転倒前の ROM : TKA 前 20-90 TKA 後 0-120

現在 (術後 4 ヶ月) ROM 0-120 (extension lag 45°) ニープレス装着し 1 本杖歩行中。

【今回討論したい点】初回骨折時の治療法の是非と、今後の治療法について。

6. 人工股関節再置換術後ステム周囲の大腿骨骨折に対し保存加療を施工した一例

国立大阪医療センター 整形外科 西原 俊作

【症例】イニシャル M.C 年齢 80 歳 性別 F 職業 無職

【主訴】左大腿痛

【現病歴】平成 2 年 3 月 23 日左変形性股関節症の診断で左人工股関節置換術を施行した。平成 10 年 3 月 11 日左人工股関節のゆるみのため左人工股関節再置換術を施行した。平成 14 年 3 月頃より左大腿部痛が生じたため、平成 14 年 4 月 1 日当科を受診された。

【現症】平成 14 年 4 月 1 日受診時、左大腿中央部に動作時痛、圧痛、腫脹を認めた。単純 X 線像にて左ステム先端周囲における大腿骨骨折を認めた。入院後、8 週間直達牽引を施行し、12 週後骨癒合を認めたため装具装着下で歩行訓練を開始した。8 ヶ月後装具を外し歩行器歩行可能となった。

【今回討論したい点】人工股関節再置換術後のステム周囲における大腿骨骨折に対して、保存加療と手術加療のいずれを選択すべきか。保存加療を選択した場合の経過について。

7. 開放性膝関節脱臼骨折を伴った広範な大腿部デグローピング損傷をきたした1例

国立大阪医療センター 整形外科 上杉 彩子

【症例】イニシャル U.Y. 年齢 24 歳 性別 F 職業 学生

【主訴】右大腿部痛・右膝痛 (右膝関節脱臼骨折右大腿部デグローピング損傷)

【現病歴】平成 16 年 11 月 7 日駅のホームから転落し、電車にまきこまれて受傷し、同日当院へ救急搬送された。搬送時に右大腿部・膝関節の debridement 施行も翌日より Xp. CT にて創内にガス像を認めたため (培養にてガス壊疽は否定) tubing による局所洗浄を連日施行した。平成 17 年 1 月 5 日創外固定を用いた右膝関節脱臼整復を施行した。

【現症】平成 17 年 1 月 18 日現在、右下腿前面及び後面と右足背は anesthesia、右足底及び足趾底側に paresthesia を認める。筋力評価では右 TA 0、Gastro 0、EHL 0、EDL 0、FHL 2⁺、FDL 2⁺、TP 2⁺である。右大腿後外側に約 2 × 5 cm の表皮欠損及び右膝窩部に約 3 × 5 cm の関節内に到る軟部組織欠損を認める。

【今回討論したい点】

①右膝窩部で膝関節内との交通を認めており、同部の治療方法について

②右下肢の機能的予後及びそれに応じたりハビリテーションについて。

8. 広範囲軟部損傷及び MRSA 感染を伴った肘関節開放骨折に対して遊離広背筋組織移植が有効であった 1 例

北野病院 整形外科 谷田 司明

【抄録】平成 16 年 5 月 23 日にバイク転倒し、右開放性近位橈尺骨骨折はじめ四肢多発外傷受傷。救命センターにて緊急手術を受けるも右肘窩～肘頭部は組織欠損大きく、当院紹介入院時の 6 月 7 日には 20cm × 10cm の皮膚欠損、伸筋群挫滅、骨露出、MRSA 感染を認め、橈骨は骨髓炎となっていた。バンコマイシン投与を開始し、デブリドマンを行った後、6 月 24 日広背筋を神経・血管柄付で移植した。胸背動脈は上腕深動脈と吻合する予定であったが、上腕深動脈の拍動が微弱であったため、橈骨動脈と端側吻合を行った。胸背動脈は橈骨動脈と伴走する静脈と端々吻合を行った。胸背神経と橈骨神経をつなぎ手伸筋群の力源として期待した。術後皮弁部の血行は良好であり、術後 1 週で MRSA は陰性となり、CRP も順調に低下した。現在皮弁は完全に生着し CRP も陰性となっている。また、広背筋の随意収縮は認められるが、有用とはなっておらず、Internal splint として腱移行術 (Roirdan 法) を行い、リハビリ継続中である。

自家遊離複合組織移植により外傷後の組織欠損部の血行を改善させ、感染部位に抗生剤を有効に移行させることは、たとえ MRSA 感染であっても治療として有用と思われた。

特別講演

座長 松田 康孝 (北野病院)

「骨軟骨疾患に対する骨軟骨移植術の基礎と臨床—スポーツ復帰も含めて—」

京都大学 整形外科 講師 中川 恭彰 先生

研修単位：日整会教育研修会認定 1 単位

日本医師会認定健康スポーツ医制度 1 単位

大阪府生涯教育研修 5 単位

紙上勉強会

第17回 JCOA 学会（茨城）に参加して

広報担当理事 前野 岳 敏

第17回 JCOA 学会は平成6年6月12日と13日の2日間、茨城県のつくば市のつくば国際会議場にて行われた。

第1日目の行事は、ホテルグランド東雲で行われた懇親会から参加できた。OCCOAからは松矢会長をはじめ、堀木、長田、丹羽、澤田の先生方と小生を含めた6名が参加した。全国からの参加者は206名との事であったが、大変な盛会で、学会長の大木先生と、今学会の特別講演をされた丹羽元厚生大臣の挨拶の後に、地元会員の山本先生による茨城名産の郷乃譽等の名酒のおいしい味わい方について含蓄のあるお話、80歳女性の若々しく迫力のある“ガマの油”の口上、つくば無形文化財である“田中熟踊り”のコミックなひょっとこおかめ踊り等、出し物も大変楽しく、全国の会員の先生方と愉快地交流を深める事ができた。

2日目は、つくば国際会議場にて、教育講演、パネルディスカッションI、II、学会展示発表等が行われた。これらの記録は学会特集号（JCOA 学会誌、VoL29、No4、Oct 2004）にまとめられているが、印象的であった事項を拾い挙げてみた。

JCOA 学会賞“地域医療功労賞”受賞者の講演では、日常診療の多忙さの中で、さらに意欲的に種々の試みを実践され地域医療に根づくよく貢献されている姿が日々の忙しさを口実に無為に過ごしている小生には強烈な刺激であった。

まず『開業医としての生涯学習』の五味洸先生は、アキレス腱皮下断裂の治療や骨粗鬆症の治療で患者の負担を減らすために、手術も入院もしないで治す方法を色々工夫し、良い結果をあげている。又地域住民との関わりのために、院内待合室を利用して“待合室



の集い”を開催し「骨粗鬆症訴」「肩こり」「膝の痛み」「尊厳死」「ぼけてたまるか」等、身近かで豊富なテーマを取りあげ、地域の人達の啓蒙に努力している。

次の『私が取り組んで来た地域医療』で表彰された阿曾沼先生はスポーツ医学と禁煙運動に力をそそいでいる。特に禁煙運動では禁煙者だった兄3人を肺癌で失っていることから、『タバコは毒ガス』であると云う持論を展開し、受動喫煙、妊婦の喫煙、スポーツ選手の喫煙等のタバコの弊害を具体的に説明している。「タバコの煙は紫煙でなく死煙です」「タバコは嗜好品でなく死向品です」「今すぐ毒ガスタバコをおやめ下さい」との標語をつくり禁煙運動に情熱をそそいでいる。

パネルディスカッションI、“整形外科領域の神経ブロック療法”において、『保険審査上の問題点』で審査委員でもある新井先生は、神経ブロックにステロイドを併用することの有用性は医学的常識化しているが、コメントが必要であるとする審査委員が全国で79%を占めていること、又神経ブロックは速効性があり、柔整との区別の上で優位に立っている治療法であるが、医療事故が全国的に多発しているのを要注であることを強調していた。神経ブロックの有効性を以前より力説し

つづけている高山先生の指定発言では、コム
ラ返りの95%に深腓骨神経ブロックが有効
であること、肩こりに対して東洋療法による
"合谷(ごうこく)"ツボの一種で、第I、
II中手骨基底部の間に1%カルボカイン5
ml注入が著効であるとの事であった。一度

試みたいと思っている。

以上、第17回JOCA学会(茨城)に参加
して印象に残ったところを中心に報告を行っ
た。しかし風光明媚なつくば学研都市に初め
て来たのに、時間の関係で観光ができなかつ
たのは残念であった。



岡山県の花 ももの花

中国原産でバラ科の落葉低木～小高木です。3～4月には直径3～5cm、淡紅色や白色の花を咲かせます。

岡山県における「もも」の栽培は明治の初めに始まり、その後品種改良を重ね現在に至っています。また、県を代表する果物のひとつで、桃太郎伝説など県民に親しまれています。



第17回 JCOA 学会（茨城）に参加して

広報担当理事 前野 岳 敏

第17回 JCOA 学会は平成6年6月12日と13日の2日間、茨城県のとくば市のとくば国際会議場にて行われた。

第1日目の行事は、ホテルグランド東雲で行われた懇親会から参加できた。OAOAからは松矢会長をはじめ、堀木、長田、丹羽、澤田の先生方と小生を含めた6名が参加した。全国からの参加者は206名との事であったが、大変な盛会で、学会長の大木先生と、今学会の特別講演をされた丹羽元厚生大臣の挨拶の後に、地元会員の山本先生による茨城名産の郷乃譽等の名酒の美味しい味わい方について含蓄のあるお話、80歳女性の若々しく迫力のある“ガマの油”の口上、とくば無形文化財である“田中熟踊り”のコミックなひょっここおかめ踊り等、出し物も大変楽しく、全国の会員の先生方と愉快に交流を深める事ができた。

2日目は、とくば国際会議場にて、教育講演、パネルディスカッションI、II、学会展示発表等が行われた。これらの記録は学会特集号（JCOA 学会誌、Vol29、No4、Oct 2004）にまとめられているが、印象的であった事項を拾い挙げてみた。

JCOA 学会賞“地域医療功労賞”受賞者の講演では、日常診療の多忙さの中で、さらに意欲的に種々の試みを実践され地域医療に根づくよき貢献されている姿が日々の忙しさを口実に無為に過ごしている小生には強烈な刺激であった。

まず『開業医としての生涯学習』の五味洵先生は、アキレス腱皮下断裂の治療や骨粗鬆症の治療で患者の負担を減らすために、手術も入院もしないで治す方法を色々工夫し、良い結果をあげている。又地域住民との関わりのために、院内待合室を利用して“待合室



の集い”を開催し「骨粗鬆症訴」「肩こり」「膝の痛み」「尊厳死」「ぼけてたまるか」等、身近かで豊富なテーマを取りあげ、地域の人達の啓蒙に努力している。

次の『私が取り組んで来た地域医療』で表彰された阿曾沼先生はスポーツ医学と禁煙運動に力をそそいでいる。特に禁煙運動では禁煙者だった兄3人を肺癌で失っていることから、『タバコは毒ガス』であると云う持論を展開し、受動喫煙、妊婦の喫煙、スポーツ選手の喫煙等のタバコの弊害を具体的に説明している。「タバコの煙は紫煙でなく死煙です』『タバコは嗜好品でなく死向品です』『今すぐ毒ガスタバコをおやめ下さい』との標語をつくり禁煙運動に情熱をそそいでいる。

パネルディスカッションI、“整形外科領域の神経ブロック療法”において、『保険審査上の問題点』で審査委員でもある新井先生は、神経ブロックにステロイドを併用することの有用性は医学的常識化しているが、コメントが必要であると考え審査委員が全国で79%を占めていること、又神経ブロックは速効性があり、柔整との区別の上で優位に立っている治療法であるが、医療事故が全国的に多発しているので要注意であることを強調していた。神経ブロックの有用性を以前より力説し

つづけている高山先生の指定発言では、コムラ返りの95%に深腓骨神経ブロックが有効であること、肩こりに対して東洋療法による“合谷（ごうこく）”ツボの一種で、第Ⅰ、Ⅱ中手骨基底部の間に1%カルボカイン5ml注入が著効であるとの事であった。一度

試みたいと思っている。

以上、第17回JOCA学会（茨城）に参加して印象に残ったところを中心に報告を行った。しかし風光明媚なつくば学研都市に初めて来たのに、時間の関係で観光ができなかったのは残念であった。

岡山県の花 ももの花

中国原産でバラ科の落葉低木～小高木です。3～4月には直径3～5cm、淡紅色や白色の花を咲かせます。

岡山県における「もも」の栽培は明治の初めに始まり、その後品種改良を重ね現在に至っています。また、県を代表する果物のひとつで、桃太郎伝説など県民に親しまれています。



大阪府医師会単科医会の広報誌及び日医ニュースを通読して

広報担当理事 阪本 邦 雄

最近、通読した我々を取り巻く医療環境に関連した大阪府単科医会及び日医ニュースについて小生の意見も少々入れて述べさせていただきます。

大阪府臨床放射線医会

(30周年記念誌 平成16年12月)

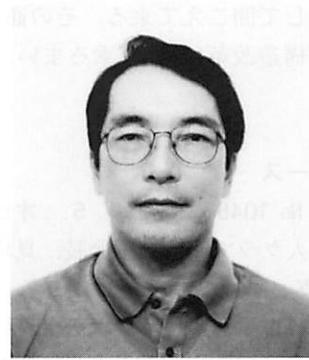
日医社会保険診療報酬検討委員会答申作成小委員会委員長、府医師会副会長、難波俊司先生の『診療報酬はどのように決まるか』は、診療報酬に対する要望項目に関して、国との実際の土俵に上がるのは日医なので、要望項目は日医に伝えなければなりません。その方法として、日医に直接或いは、日医疑義解釈委員会に要望を出しておく事が、重要であると述べておられる。この疑義解釈委員会には、厚労省の官僚も出席している為、同委員会に案件を提出しておけば、日医、厚労省が共に知る事項となる。

また、現状を改善して行くには、我々医療側も医師法、医療法、健康保険法、療養担当規則等を十分熟知し、一部のパイを横取りするような医療機関に対する自浄と日医が決めた「医の倫理綱領」の遵守によって、国民の医療に対する信頼を回復し、さらに、厚労省の交渉相手は、あくまで日医であることを念頭に積極的に日医に対して行動する事が必要である。

大阪府眼科医会会報(164号 平成16年6月)

眼科会会長の塚本 尚先生の巻頭言『会長2期目就任のご挨拶』

「我々を取り巻く医療環境がめまぐるしく変化し、医療制度の改悪が怒涛のごとく押し寄せ、社会保障の理念を無視し、国民の負担を増すだけの結果に終わっている。」と述べ



られ、医師の犠牲の上に成り立ち、世界にも胸を張って誇れる低額な医療費で高水準の医療を提供してきた日本式医療サービスに対し、日本の医療には馴染まないアメリカ式経済的思考を日本の医療に持ちこもうとする、そして医療というものの本質をまったく理解しない小泉氏、竹中氏は、もっと熟考すべきである。むしろ、アメリカに日本式医療を提唱すべきではないのか。

また、「種々の医療政策がすべて医療担当者を抜きにして政治の場で決められていく現実も認識しなければなりません。」とも述べられ、やはり我々ももっと積極的に日本医師政治連盟をはじめ大阪府医師政治連盟等への参画が必要である。

大阪府眼科医会会報(164号 平成16年6月)

山田 日出美先生の『コラム I 愛 Eye 春に散った白菊の花』、大阪の地に芽を出し、37年間ユニークな花を咲かせていた大阪府立白菊高校が、あえなくも散り果てた。白菊高校は、昭和42年開校され、卒業すれば、高等学校卒業資格と准看護師受験資格が同時に取得できる専門性に富んだ高等学校であったが、全国看護協会からの強い要望により動かされた厚生(労働)省の方針により閉校に

追い込まれた。散ってしまった白菊の花を思いながら、政府が推し進めようとしている小人数の思いつきのような先の見えない構造改革と称するものに、飲み込まれそうでやすやすと“乗るまいぞ、乗るまいぞ”と、言う声がこだまして聞こえて来る。その通りです。軽々しい構造改革には、“乗るまい、乗るまい”。

日医ニュース

No. 1046 2005. 4. 5. オピニオン

全国老人クラブ連合会副会長、見坊和雄氏は、『医療・福祉の論理や「こころ」を見失わない改革』と題して、次のように述べておられる。「医療や福祉は、人間愛を基本とするものであるにも拘わらず、『市場競争原理』『規制緩和』『営利企業の参入』を旗印とする構造改革の大津波は、人間社会にとって大切な連帯・共生の心を見失い、温かな人間関係を崩壊させているように感じる。」と述べられ、昨今の構造改革は、インドネシアの大津波さながら、自然の破壊、人間生活の大崩壊をもたらしている。

今回の構造改革を推し進めている総合規制

改革会議は、医療を『官製市場』と断じ、民間市場に移行させようとしているが、最近しばしば発生している不詳・偽装事件の温床となるような民間市場に移行させて良いものか。また、医療を『官製市場』と断じているが、人間愛を基本とし、医療関係者の手で築かれた医療の高い倫理と長い歴史を持つ医療を『官製』と断じられる筋はない。そして、国民の生命・生活に密接にかかわる医療を経済的な効果だけで考えるべきではない。さらにこの会議のメンバーのなかには、患者代表、保険者代表、医療関係者代表は1名もおらず、宮内オリックス会長始め、驚いた事には、村山ゴールドマン・サックス証券会社調査部マネージング・ディレクターなる証券会社関係の人物まで入っており、まったく医療に関しては素人のグループで構成されている。これは、明らかに医療、患者、国民を軽視する事にほかならない。

以上、特に医療改革に関する記事についてご報告させていただきましたが、皆様のご意見はいかがでしょうか。

高知県の花 ヤマモモ

温暖な海岸近くの山地に自生する常緑高木で、特に高知県は自生する条件が最適です。3～4月頃には花卉のない小さな花が小枝の葉腋に咲きます。

雌雄異株で、梅雨どきに直径2cm位で丸い暗紅色で、甘酸っぱくとても美味しい実がなります。

県民投票の後、選定委員会で決定されました。(昭和29年3月22日制定)



現代医学と漢方の併用療法について

日本整形外科学会専門医
日本リウマチ学会専門医
日本東洋医学会専門医
枚方市

須藤容章

はじめに

現代医学と漢方の併用療法を行う目的は、東西両医学の長所と欠点を十分に認識した上で一つの欠点を他方の長所で補い新しい臨床医学をめざすことである。⁽¹⁾

筆者も現代医学に漢方薬を併用し、有効であった症例を経験したので紹介する。



<寝違い>

症例1：54歳、男、営業マン。

病名：「寝違い」

主訴：左頸部の疼痛と運動制限。

現病歴：平成17年1月12日、朝起きると、左頸部の疼痛と運動制限があるのに気づいた。寝違いだからしばらく様子を見れば治るだろうと思ひ、経過を見ていたが治らなかったため3日後に本院を受診した。

初診時所見：頸部はやや右に傾き、顔面はやや左回旋し、頸部を少しでも動かすと痛みが走った。左前斜角筋に著明な圧痛が認められた。

治療及び経過：ツムラ®：芍薬甘草湯7.5g＋デパス(0.5mg)Ⅲ、3分服するように3日分投与した。3日後の再診時には頸部の疼痛はほとんど消失し、運動域も正常となっていた。

考察：「寝違い」に芍薬甘草湯にデパスを合わせて用いる方法は田中⁽²⁾によって提唱されたものである。芍薬甘草湯により末梢性の疼痛を除き、デパスによって中枢性の痛みを除去し、芍薬甘草湯を単独で用いるよりも、より強力な鎮痙、鎮痛作用を発揮するというものである。

<肋骨々折の痛み、肋間神経痛>

症例2：74歳、男、農業⁽³⁾。

病名：右第10肋骨々折。

主訴：右胸部痛。

現病歴：平成10年11月4日、自転車にて走行中に單車と接触し、右胸部を強打し、疼痛のため呼吸も困難ということで、受傷直後に当院を受診した。

初診時所見：右第8、9、10肋骨に圧痛が認められ、X線上、右第10肋骨に骨折が認められた。

治療及び経過：胸部をバスタバンドで固定するとともに、ツムラ®：柴胡桂枝湯7.5gとロキソニン錠Ⅲを3分服するようにと3日分処方した。翌日には疼痛が軽減し、バスタバンドは3日間で廃棄し、服薬は8日間続け、10日目には圧痛も消失し、1カ月後には交通事故の治療を打ち切った。

参考：柴胡桂枝湯と消炎鎮痛剤の併用は肋骨々折の除痛に役立つのみでなく、特発性肋間神経痛、帯状疱疹による胸痛に対しても効果的である。

<関節リウマチ>

症例3：53歳、男、会社員⁽⁴⁾。

病名：RA、Class II、Stage II。

主訴：両肩関節の自発痛と運動障害。

現病歴：初診、平成5年6月12日、6週間前から右肩関節痛、次いで左肩関節の疼痛と運動

障害を来し、近医にてRAの診断をうけた後、当院を受診した。

初診時所見：両肩関節に軽度の腫脹があり、運動域は前方挙上60°、後方挙上20°と制限され、じっとしていても耐え難い疼痛を伴い、昼頃まで手指のこわばりが有り、握力は測定できる状態ではなかった。赤沈1時間値32mm、CRP(++)、RA(+)であった。

治療及び経過：(1)プレドニン(50mg)Ⅱ分2/日、(2)バラシリン(250mg)Ⅲ分3/日、また両下肢が異常に冷えるという訴えがあり、ツムラ®：桂枝加朮附湯7.5g/日とツムラ®：麻黄附子細辛湯7.5g/日を合方投与により2週間で冷えは消失した。

ほぼ10年後の平成15年6月6日現在、服薬の内用は不変であるが、両肩関節の疼痛も運動障害もなく、日常生活、勤務に支障はない。握力は右20kg、左45kg。赤沈1時間値8mm、CRP(-)、RA(+)であった。

平成15年10月6日以降、右手関節と左足関節の腫脹と疼痛を来すようになったので、プレドニン(50mg)Ⅲ/日と1~2カ月に一度右手関節と左足関節にリンデロン懸濁液2.5mg注入を行った。

平成17年4月25日、右手関節と左足関節の疼痛と腫脹が存在し、X線上、右手根骨、左足根骨は骨破壊を来し、RA StageⅢとなっている。握力右12kg、左36kgで赤沈1時間値42mm、CRP定量1.45mg/dl(正常値0.3mg/dl以下)、RF定量48U/ml(正常値15U/ml以下)となっており、下肢の冷えは消失しているので漢方薬を廃棄し、リウマトレックスカプセル(2mg)Ⅱ/週を追加し経過観察中である。

考察：RAの漢方治療においても、漢方薬を主剤として用いる方法と補助剤として用いる場合⁽¹⁾がある。本症例は漢方薬を補助剤として用いて除痛と日常生活の質の向上に一定の役割を果たしたものと考えている。

まとめ

(1) 寝違いによる頸部の疼痛と運動障害に対し

て芍薬甘草湯とデパスを併用すると非常に有効である。

- (2) 肋骨々折、肋間神経痛の除痛には柴胡桂枝湯と消炎鎮痛剤を併用すると有効である。
- (3) 関節リウマチによる「冷え」と疼痛に対しては温める漢方薬の併用が有効である。
- (4) 現代医学と漢方の併用療法を行う場合にも東洋医学的観点からの考慮も必要とされる。

文献

- (1) 室賀昭三・菊谷豊彦監修：現代医学と漢方の併用療法、広川書店、7頁、88頁、平成3年6月10日発行。
- (2) 田中進治：整形外科疾患に対する漢方治療、第三医学研究会講演、平成15年10月5日。
- (3) 須藤容章：肋骨々折の疼痛に柴胡桂枝湯＋消炎鎮痛剤、大阪臨床整形外科医会会報、第25号、93頁、平成11年7月20日発行。
- (4) 須藤容章：整形外科における漢方の有用性について、大阪臨床整形外科医会会報、第30号、100頁、平成16年7月25日発行。
- (5) 吉元昭治監訳：中医薬食理論がよくわかるまんが漢方入門、医道の日本社、130頁2005年1月1日発行。



甘草⁽⁵⁾

第 17 回日整会専門医試験に参加して

日本整形外科学会代議員 副会長 早 石 雅 宥

今年の試験は平成 17 年 1 月 21 日に大阪リーガロイヤルホテルにおいて行われました。

私は JCOA から選出された JOA の代議員ですので専門医〈昔の認定医〉の試験官を務めなければなりません。日本整形外科学会の代議員になると皆さん試験問題を作ったり口頭試験の試験官を務めたり当たり前のように行動しておられますが学生気分の抜けない薄学な私には緊張する経験でした。

筆答試験は前日の 20 日にマークシート方式で 120 問を 3 時間かけて回答する試験が行われています。マークシートを塗りつぶすには時間を要しますので受験生にとっては大変な作業であったろうと思います。

私は口頭試験官ですので 20 日の夕方に診察を終えて 6 時にロイヤルホテルの受付にいきました。フロントの係りが私に「受験生ですか？試験官ですか？」とたずねました。「試験官です。」と答えますと 24 階の客室に回されました。その日のロイヤルホテルのスタッフは全員ピリピリしており只ならぬ雰囲気漂っていました。「皆さん受験生の書類のチェックをしておられますので大ホールへお急ぎください。」というボーイさんの声に急がされて下に降りて見ますと大ホールの中に沢山のテーブルが並べてありました。一つのテーブルに 4 人が囲むように座り静かに書類のチェックをしておられます。机の上にはダンボール箱が置かれていました。中には受験生の研修手帳や申請症例の申請書がたばねてありました。明日私が担当する受験生の略歴、ローテイトしてきた病院の指導医の許可印が日整会事務員によって要領よくまとめられています。経験してきた症例の提示はレントゲンを自分のカメラでフィルム式に現像し



たものからデジカメでプリンターで刷ったものや、電子カルテでプリントアウトしたもの等々でした。電子カルテをプリントアウトしたケースは文字がきれいなワープロ文字になっており病院のシステムで簡単に作れそうで申請に苦勞がなさそうです。しかしこの方式だと誰が書いたものかもわからず不正をはたらいてもわかりません。しかし、このような申請用紙は自筆ではありませんので読みやすい長所があります。

書類審査を 7 時半に終了。夕食を頂戴しそれから自室に戻り整形外科卒後問題集 Q&A を読みました。全く自分が受験生になった感じでした。

翌朝は 6 時に起床。全試験官は揃って朝食をいただきました。部屋にもどって試験会場へ行きました。口頭試験はやや大きい客室で行われました。二人の試験官が一人の受験生に 15 分をかけてテレビを見ながら質疑応答します。各室にテレビに画像が送られてそこで 7 分間の画像を提示しながらの口頭試験です。

はじめに転子間骨折の牽引手術台に患者をのせてあるビデオが始まり下肢をどの様な肢位をとれば整復できるかという問題です。内旋、外転だけでよいのですが最近のガンマー

ネイルのように入れるインプラントによってとる肢位が違おうと私たちに講義してくれる？受験生もいました。その他関節鏡の問題でACL、PCLを答えてくれない受験生がいました。書類を見ると大学院生であることを知りました。臨床を知らないと何も任せられない事を痛感しました。

関東より北の受験生と話していると大阪弁はきつく感じるのかもわかりません。無口な受験生もいて採点に苦勞いたします。

試験を終え、昼食はそろって頂きました。

その後、内田、吉川両教授から総括がありました。全部で669名の受験者があり500人位を合格としたい。他の科の専門医はもっと合格率が低く専門医の整合性を保つためにも難しくする必要があります。しかし後日吉川先生から聞いた話では合格率は82%でした。

やっと午後2時に開放され帰宅の時間になりました。一緒に立ち会った弘前大学の某助教授はこれから雪の弘前に帰りますと元気にリムジンに乗り込んでいかれました。

鳥取県の花 二十世紀梨の花

バラ科の植物で、4月頃には白い花を咲かせ7～10月頃には実がなります。

鳥取県の産業・生活などに関係が深く、県下のどこでもみられ、県民にひろく愛され親しまれています。

昭和29年にNHK・日本植物友の会・日本交通公社・全日本観光連盟が共同主催で「郷土の花」選定運動を起し、各都道府県ごとに一般募集を行った結果決定されました。
(昭和29年3月22日選定)



平成 16 年度「運動器の 10 年・骨と関節の日・大阪」

堺市 黒田 晃 司

日常診療における、整形外科医の苦しい現状を打破するために少しでも役立てたいと、「運動器の 10 年・骨と関節の日」を今年もそれぞれの地域で、地区住民と密着型の事業にするため、大阪では 4 つの地区の会場で開催いたしました。講師はできる限り我々の若い会員の皆さんに力を発揮してもらいました。以下 4 会場で実施されました。

この催しは、昨年から一年間小林正之副会長を責任者として、四会場の担当者がそれぞれその地区にあった企画を立案し、理事会で検討して実行されました。

① 高槻現代劇場 古賀 教一郎 理事

日時：9 月 12 日（日）10：00～16：00

行事内容：市民健康フェア・骨塩量測定・健康相談・講演会・腰痛体操指導

参加人数：市民健康フェア：2800 人

体力測定：327 人

骨塩量測定：500 人

講演会：500 人

腰痛体操：参加多数

講演：「たかが腰痛されど腰痛－わかりやすい腰痛講座」

講師：大阪医科大学整形外科・講師

金 明博先生

司会：稲毛 昭彦先生（OCA 会員）

【講演要旨】 解剖学的な腰椎の構造、腰痛の発症要因、痛みの原因、診療上の所見、特に神経学的異常所見の有無に加え、エックス線検査、CT・MRI 検査などを駆使し、予後の予測と保存的治療の選択、手術的治療の適否の決定。日常生活上の姿勢・動作に注意することも、腰痛の発生予防には重要であること等、わかりやすく話をされた。

体力測定には、三田村有三会員、白藤達雄会員が当たり、骨塩量測定器は 4 台用意して、被測定者の整理に陸本清剛会員、測定結果の説明には、池浦泉会員、梅原稔会員、茨木市から応援に来ら



れた大島正義理事、高槻市医師会整形外科部の土居宗算会長と私古賀が当たりました。総轄は服部良治理事。

骨塩量測定には開場とともに列ができて、600 枚の整理券が瞬く間になくなり、特に人気がありました。

② 大阪府医師会館 藤本 啓治 理事

日時：10 月 2 日（土）14：00～17：00

行事内容：骨塩量測定・健康相談・講演会・腰痛体操指導

講演

(1) 骨粗鬆症を主とした高齢者の腰痛症について

講師：岸本整形外科・院長（OCA 理事）

岸本 成人先生

(2) 若年者及び青・壮年者の腰痛症について

講師：やまぐちクリニック

院長（OCA 理事）山口 康二先生

当日の参加者（芳名録＋ハガキ持参者）131 名、但し記帳もれの人若干いました。

骨塩量測定実施者 80 名・医療相談のみの方が数名いました。なおこれらは、小林正之副会長 新田 望理事 森本清一理事 良原公浩先生と私が当たりました。

講演に先立ち、松矢 OCA 会長より「骨と関節の日」の意義が説明されました。

講演の後フロアから質問がありました。

骨塩量測定を希望する人が多く、「骨粗鬆症」に対する一般の人々の関心深さがよくわかりました。今後は講演だけでなく、同時に行う骨塩量測定や医療相談にも重点をおいて、告知宣伝をすれば、もっと沢山の集客が得られるものと思われま

③ 住吉区役所会場 天野 敬一 理事

場所：東住吉区役所・大会議室

日時：10月2日(土) 14:00～16:00

行事内容：骨塩量測定・健康相談・講演会

講演会：「腰痛と骨粗鬆症」

講師：星ヶ丘厚生年金病院・整形外科部長

河井 秀夫先生

司会：東住吉医師会副会長・OCAO 理事

天野 敬一理事

【要約】 長寿、高齢社会において骨折予防は重要なQLO向上の手段となり、難治性腰痛の原因の一つとして脊椎骨折があげられる。転倒で骨折しやすくなる骨粗鬆症の治療には薬物療法と十分な栄養摂取が基本である。腰痛の原因の多くは背骨の老化で起こることが多い。腰痛の予防にはよい姿勢、筋肉トレーニング、筋肉ストレッチングが大事。運動習慣のない人でもできる膝曲げ体操を毎日実行することをお勧めいたします。老化を防止して、運動機能の維持、向上して、明るい長寿、高齢社会を実現しよう。

参加人数：講演会：141人。

骨塩量測定：30人。

健康相談：14人

会場係：天野副会長・森澤副会長・佐藤理事・大塚理事・杉浦理事・寺川理事・玉田先生・濱口事務長（以上東住吉医師会）三橋理事・黒田理事・広瀬理事・森理事（OCAO）

【評】① 受付名簿で141名（実数150名以上）盛会であった。講演について、質問もあり参加者の興味をひいたようである。

② 骨塩量測定、医療相談は事前に順番の番号札を渡してあったが、番号を無視する人があり、やや混乱した。

④ 高石会場 廣瀬 一史 理事

場所：たかいし市民文化会館アブラホール

日時：10月6日(土) 13:00～17:00

行事内容：骨塩量測定・健康相談・講演会

講演会：司会 廣瀬 一史

(1) 富高石医師会々々長あいさつ 午後2時30分

(2) 講演 「中高年の腰痛症について」

午後2時40分～

講師 小嶋整形外科クリニック院長

高石市医師会副会長

(OCAO 会員) 小嶋 肝 先生

(3) 「かかりつけ医について」 午後4時～

講師 (同) 小嶋 肝 先生

参加者が200名(以上)集まったため、会場の席が不足いたしました。

当日、講演会に先だつて、午後1時30分より横山先生が担当して骨塩量の測定をGE横河メディカルのスタッフ2人の手伝いを得て、超音波骨密度測定装置2台を用い実施しました。全希望者に実施いたしましたが、集まった人ほぼ全員が希望されましたので、講演が始まった後も引き続き全員の測定と説明は続けました。この骨塩量測定結果の説明と健康相談には本会理事の長田明先生、黒田晃司先生、小林正之先生、宮田重樹先生、山本哲先生が当たって下さいました。

なお講演後に質問に立つ人がなかったため、講演内容の評価を心配しましたが、アンケート提出者45名の内、「役立った」39名、「今後の治療に参考にしたい」44名だったので、参加者は満足していただけたものと安心いたしました。

【今年度の反省】

① 今後さらにたくさんのお大臨床整形外科医会の会員に、この行事に参加してもらうことがこの運動の成功につながる。現在はごく一部の点の運動でしかない。線につなげて、面に広げてゆきたい。

② この運動を通じて、一般市民に整形外科という分野の理解を深め、接骨院など医療類似行為との違いを明確にしよう。

③ 各地区の日常の医師会活動の一角にこの運動を組む込んでください。

運動器疾患 / 骨・関節フォーラム 大阪会場

大阪臨床整形外科医会副会長 小 林 正 之
栗 本 一 孝

日時：平成 16 年 12 月 11 日（土）

午後 3 時～ 6 時

会場：大阪国際会議場・1003 号

共催：大阪臨床整形外科医会 / 中外製薬株式会社 / 株式会社メジカルビュー

後援：日本臨床整形外科医会 / 大阪府医師会
日本整形外科学会 / 運動器の 10 年日本委員会

総合司会：日本臨床整形外科医会 副理事長
那須耀夫

150 名の参加者があり、JCOA 那須副理事長から運動器疾患 / 骨・関節フォーラムを今年度全国 11 会場で開催する事になった経緯が説明され、整形外科医の置かれている立場、運動器の 10 年の活動状況などの話があった。

講演 1 変形性膝関節症の保存的療法と手術へのタイミング

座長 大阪臨床整形外科医会副会長
小林 正之

講師 近畿大学医学部堺病院整形外科
教授 菊池 啓先生

講演 1 は近畿大学医学部堺病院整形外科教授 菊池 啓（きくち ひらく）先生による、「変形性膝関節症の保存的療法と手術へのタイミング」であった。大学病院での外来患者や骨と関節セミナーでのアンケート、およびインターネットによるアンケート調査結果などを提示され、痛みがあっても未治療のかたが半数以上であるなど膝関節疾患に対する市民の意識が意外と低い事を示された。また市民に対する啓発活動が不十分であり、早期診断、早期治療を目標にした患者教育や患者満足度を高める治療の実践が今後必要であると述べられた。変形性関節症の治療に関しては、EBM で有益である治療法とし



ては鎮痛薬、外用薬、人工関節手術、有益である可能性が高い治療法としては運動、補助具、骨切り術、関節内注射（ヒアルロン酸、ステロイド）であり、無効ないし有害は高齢者・腎疾患・消化性潰瘍・肝障害への鎮痛剤・NSAIDs、有益性不明としてはグルコサミン・コンドロイチン、肥満者への人工関節手術などを挙げられた。治療方針に関しては、関節内ヒアルロン酸 Na 注入（HA）療法などの保存療法をまず十分に施し、症状の改善されない場合に関節鏡視下手術（洗浄）か、TKA（cementless mobile type、膝蓋骨非置換）を行っているとの事であった。

講演 2 骨折予防の観点に基づく最新の骨粗鬆症治療方針

座長 大阪臨床整形外科医会副会長
栗本 一孝

講師 兵庫医科大学整形外科 助教授
楊 鴻生先生

講演 2 は兵庫医科大学整形外科助教授 楊 鴻生（よう こうせい）先生による「骨折予防の観点に基づく最新の骨粗鬆症治療方針」であった。骨粗鬆症は高齢者の ADL や QOL を阻害する代表的な疾患であり、高齢者人口の増加を続けている日本では骨粗鬆症人口も増加し、1,100 万人と推計され、骨粗鬆症に伴う年間骨折発症例数は 100 万人

に達しているとデータを示しながら述べられた。高齢社会でのQOL,健康寿命を考える時、骨粗鬆症や変形関節症などによる運動器障害も重要であり、内科的な生活習慣病と対比し生活機能病と表現されていた。骨粗鬆症のかたは健常な高齢者と比べるといくつかの健康関連QOL評価が低下しており、特に日本人に多い脊椎圧迫骨折の増加に従い、QOL指標の低下が顕著であり、骨粗鬆症の治療目的、治療評価のエンドポイントは「骨密度の増加」から「骨折の予防」へと変遷し、今後は「ADLやQOLの維持改善」であると述べられた。治療薬について、骨折予防効果のあるものはビスフォスフォネート製剤、女性ホルモン、SERM（ラロキシフェン）、活性型ビタミンD製剤などで、各々の試験データなどを示されわかりやすく解説された。いずれも骨吸収抑制効果により骨量の増加と骨強度の増加による骨折の予防を期待しているが、特にビスフォスフォネート製剤とSERMは骨折抑制効果に優れており、骨強度＝骨密度＋骨の質（微細構造、骨代謝回転、微小骨折、石灰化など）と考えれば、ビスフォスフォネート製剤

は骨密度増加により骨強度を増加させ骨折予防に寄与しているのに対し、SERMは骨密度以外の要因、つまり骨質の改善により骨強度を増加させ骨折の発生を予防していると述べられた。以上のことから、骨密度がまだそれほど低下していない初期の骨粗鬆症においては骨全体の質を改善する面からSERMが有利であり、極度に骨密度が低下し、早急に骨密度を高め、骨折を防ぐ必要のある高齢者の骨粗鬆症に対してはビスフォスフォネート製剤を推奨すると述べられた。

講演3 インフォームドコンセントと医療過誤

－医療事故・紛争をなくすため判例から学ぶこと

座長 大阪臨床整形外科医会理事
坂本 徳成

講師 神保消化器内科医院院長
神保 勝一 先生
弁護士（第二東京弁護士会）
森谷 和馬 先生

愛媛県の花 みかんの花

ミカン科の常緑灌木で、初夏に純白で清らかな花を咲かせます。おいしいミカンを実現するには年間の平均気温が15度以上あり、冬の最低気温が5度以下にならないことが条件で、8月～10月にかけて日照時間が多いことも大切になります。

みかんは愛媛県を代表する果樹で、県全域にわたる特産品です。県民からの募集によって決定されました。（昭和27年5月5日制定）



インフォームドコンセントと医療過誤

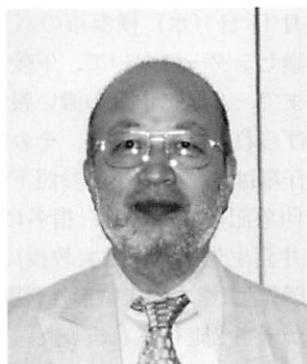
堺市 白川 貴浩

最高裁の発表によると、医療訴訟件数は平成6年は506件であったが平成15年には987件と10年間にほぼ2倍に増加しているとのことであり、平成15年の医事関係訴訟件数の診療科目別新受件数を見ると、最も多いのは内科で258件、ついで外科の214件、産婦人科137件、整形・形成外科129件でありこの4科で72%をしめている。

座長の大阪臨床整形外科医会理事の坂本徳成先生は、患者さんと日頃から良好なコミュニケーションをとっていること、そして慣れていないものには手を出さないこと、さらに常に緊張感を持って診療することの3点を強調された。

講師の神保消化器内科医院院長の神保勝一先生は、医師と患者の意志疎通が重要であり、医師の説明不足や患者の理解不足および記録の不備が問題となっており、とても些細な事柄で医師と患者の良好な関係が損なわれているとのことである。たとえば『ちょっと待ってね!』はだめであり待ち時間を具体的に伝えることが患者の不満を減らすことになる。問診票を活用して親切的な説明を心掛け、患者に十分に理解してもらうために資料を提供しさらに患者が質問しやすい環境を作ることが重要であり、スタッフを教育して患者の質問に答えさせることも一つの方法であり、また事が起こったときにはすばやい対応が求められるとの事である。

弁護士の森谷和馬氏は医療過誤に対する裁



判では医師の説明義務違反と注意義務違反が問題になるとの事である。患者の自己決定権を保証するためにインフォームドコンセントが必要であり医療行為の前に患者の納得のいく説明が必要である。もしも医療ミスが事実ならば、正直にミスを認めて謝ってほしい、そして自分がこうむった損害を賠償してほしいというのが患者側の希望であると述べられた。

医療事故や医療訴訟のニュースが日常茶飯事となった今日この頃であるがそのニュースを聞くたびに人ごとではない、いずれわが身にもふりかかるのではと思っているのは小生だけでしょか?この講演を聴き、今一度初心にかえり常に緊張感を失わず、忙しい時ほど細心の注意を払い診療にあたるべきと肝に銘じたしだいである。

運動器疾患／骨・関節フォーラム『大阪会場』
平成16年12月11日(土) 大阪国際会議場

JOA 総会にて

堺市 黒田 晃 司

去る5月11日(水)横浜市のパシフィック横浜会議センターにおいて、午後1時から6時すぎまで、非常に中身の濃い報告や討論が繰り上げられました。以下、その概略をのべます。仔細は日整会誌をご参照下さい。ここは私の印象記です。なお、指名によって、議長は安井夏生先生(徳島大教授)、副議長は成尾政圀先生(熊本臨床整形外科医会会長)のお二人が議事を進行されました。

山本理事長は今後の本会の行動目標として、「さらなるレベルの向上と、国民に正しく理解される医療の実践を目標に掲げてゆきましよう。」との発言がありました。

I. 報告事項

- 1) 理事長報告
- 2) 委員会報告
- 3) 第78回日本整形外科、第20回日整会基礎学会、第38回日整会・骨・軟部腫瘍学会の運営準備状況報告
- 4) 日整会各賞の表彰
 - 学会賞 (2名)
 - 学会功労賞 (12名)
 - 服部良治前 OCOA 会長が受賞されました。
 - 学会奨励賞 (4名)
- 5) 感謝状
 - 東 璋先生(東大):間もなく発行される「日整会80年史」の編纂に果たした役割に対して。
 - 山野慶樹・前大阪市立大学教授:紛争と貧困のアフガニスタンに対する医療及び医学教育の功績に対して。

II. 審議事項

- 1) 名誉会員の推挙 (6名)、今回の第



78回日整会会長としてその準備中に亡くなられた故藤井慈恵会医大教授も推薦されました。

- 2) 平成16年度事業報告と収支決算
- 3) 平成17年度事業計画と予算案

両年度とも、余剰金があるため十分に活動してお金を使用しています。余剰金として没収されないように、適正な会計にするよう、積極的に事業を展開する予算と事業計画を立てている。今回の法人に対する加税が実施される。そのため、2,000万円予算化しているとの説明がありました。

- 4) 次期通常総会の開催日・開催地

平成18年5月17日(水) 13:00~18:00
横浜市

OCOAの皆様、今後の日整会専門医の単位の中には日整会に4年に一度、出席することが義務づけられましたので、是非、今年は参加してみてください。学問的なことはもとより開業にも関係ある保険制度のこと厚生省の方針など興味ある問題もたくさんありますので。

- 5) 日整会理事、監事の選任

山本理事長の退任、2期4年理事をされた方々が会則により退任され、新しい

理事・監事が立候補され、定員以内のため承認された。後日5月12日の第1回理事会で越智前大阪大教授が新理事長に選任されました。

- 6) 第81回 日整会総会会長
三浪明男教授 (北大)
第23回 基學術総会会長
高倉義典教授 (奈良医大)
第41回 骨・軟部腫瘍学会会長
佐藤啓二教授 (山梨大)

が承認された。

- 7) 日整会専門医制度規則の一部変更
スーパーロテイト (研修医) が始められました。専門医の年限に、この二年を含めるための年限の変更が主である。
8) 日整会副理事長を3名に増やすための会則の変更 (後述)

III. 代議員提案議題 (5題)

副理事長の増員についての提案はこの提案を先取りして、前の審議事項のところで山本理事長がこれを総会に提案し、承認された。

当日、私は「日整会専門医はリウマチ治療の専門家ではないのか?」を提案いたしました。これは、リウマチ治療薬エンブル皮下注射 (一般エタネルセプト) は「使用する医師は資格を有する者のみ」と限定発売されるとMRからきかかされています。「日整会専門医」を続けるためその単位となる講演会を受講し、また OCOA では、内容を吟味し、今年からは必須分野 14 項目、各 2 単位完全受講、30 単位受講しなければならない。

骨軟部腫瘍及び医学倫理・医学安全・医学

制度は各 3 単位と細かく規定されました。

したがって、私は整形外科専門医は人体の運動器全般に渡る疾患の専門家と自負しておりましたが、今回のエンブル皮下注射液の使用できる医師が資格を有する者のみと規定されその専門医は、日整会認定リウマチ医とリウマチ専門医 (リウマチ財団認定) となっています。したがって、日整会認定している整形外科専門医は除外されていることとなります。このことは 2 つの問題を含んでいると考えます。

- ①整形外科専門医は、リウマチを治療できない。
- ②整形外科専門医という制度を作りながら一方で認定スポーツ医、認定リウマチ医、認定脊椎・脊椎病医を作って整形外科専門医の内容を空洞化しています。将来は手、関節の専門家などを認定してゆくと整形外科専門医は意味を持たなくなる心配があります。

と考えたからですが、山本理事長からの答えは、今はとにかく整形外科専門医の制度を守って欲しいということでした。

また、エンブル皮下注射の使用については越智新理事長が山本旧理事長に代わって「日整会の専門医は認定リウマチ医でなくても使用できるので、使用希望医は、日整会の事務局へ申し出て下さい」という回答でしたので、認定リウマチ医を持たない整形外科専門医の先生で、エンブル皮下注射液を使いたい先生方は日整会事務局へ申し出て下さい。但し、全例報告の義務があります。

新入会員の自己紹介

自己紹介

北野高校時代は、十三というにぎやかな地で勉学とクラブ活動（当時高校では珍しかった応援団）に励んでいました。その後大阪医大に入学し、卒業後は大阪医大整形外科学教室に入局しました。当時の小野村敏信教授にあこがれて、脊柱側彎症及び脊椎外科を専門に学びつづけています。大学医局及び関連病院には18年間お世話になりましたが、縁あって2002年7月から守口市の地下鉄大日駅近くに開業しました。

開業はしたものの、手術を希望されて来院される患者さんが多く、近隣病院の開放型病棟を利用して、いまだに脊椎手術や人工膝関節の手術を続けています。2004年10月に日本脊椎脊髄病学会の脊椎脊髄外科指導医として認定を受けましたので、新しい知識の獲得のためにと、医院を休診して学会に参加するようにしています。現在は、脊椎内視鏡下手術認定医の取得に向けて研修中です。

趣味は、開業直前から始めたスキューバダイビングと小型のクルージングヨットです。

守口市 濱本 浩



休診日に大きな手術を入れるようにしているため、また日曜も隔週診療しており、なかなかヨットには行けません。

ところで勤務医の頃と違い、何でも自分でやらなければならないのが、つらい現実です。同門の先輩方にはよく相談にのって頂きますが、逆に大学の医局員の先生方とは疎遠になってしまいました。冬の時代の最中に開業してしまった様で、取り巻く環境は悪化の一方です。しかし、働ける間は幸せだと思い、前向きに診療していきたいと思います。

自己紹介

初めまして、2004年春に入会させて頂きました杉山友悦と申します。

この場をお借りして、簡単に自己紹介させて頂きます。1982年奈良医大を卒業後、奈良医大整形外科へ入局し、松阪中央総合病院・奈良県立三室病院・東大寺整肢園・国立療養所（当時）紫香楽病院などへ勤務致しました。

紫香楽病院では、1991年5月14日、病院のすぐ近くで信楽高原鉄道事故が発生し、多数の死傷者の診療を経験しました。大阪から

東大阪市 杉山 友悦



も国立病院などから応援に駆けつけて頂き、この場をお借りして御礼を申し上げます。事故発生直後は、災害医療の知識も体制もないまま無我夢中で診療にあたりましたが、後日「もっと頑張れたのでは」などと後悔したり、また災害現場や犠牲者の悲惨な光景がフラッシュ・バックしたりして、今でも多少引きずっています。先日、JR 福知山線でもまた重大事故が発生しましたが、改めて両事故の犠牲者の方々のご冥福を心からお祈り申し上げます。

その後、1992年から2002年までの10年間、恵生会病院（東大阪市）へ勤務し、2002年10月、東大阪市石切地区で「すぎやま整

自己紹介

大阪市阿倍野区播磨町にて開業しております。

板金寛昌（いたがねひろあき）と申します
出身校は近畿大学平成3年卒業で、1964年6月27日生まれの40歳です。

阿倍野区出身ですが開業場所は地元ではなく、いわゆる落下傘開業です。

本年5月13日（母親誕生日）で無事開業4年目を迎えました。

開業当初から2年目までは、このまま医院を存続できるのか？と思えるほど患者数が増えず、「ストレス」と「時間」をもてあます日々でした。

恩師、菊池啓先生（近畿大学堺病院・整形外科教授）にも何度か相談し、岩の上にも3年、果報は寝て待て・・・「ウォーターベット上にも寝て、ゆったりとした気分で患者さんを診察できるようにしなさい」と激励され、自分の信じる治療・経営方針を曲げることなく開業当初とは違う時間が無いストレスに変わってまいりました。本当に先輩の存在はあ

形外科」を開設致しました。

ささやかな開業のためスタッフも少なく、診療の傍ら雑用に追われる毎日です。先日も、いつものように国保のレセプトを国保連合会のビルへ持参しましたが、その時はたまたま北側の裏口から入ったところ、裏口でマンションのチラシを配っていて、それを見ながら歩いていたら予期せぬ所に段差があり、そこで左足関節を捻挫してしまいました、まだ不安定性が残っています。マラソンにも出場経験がある健脚を傷めてしまい残念ですが、これからはマイペースで歩みますので、宜しくお願い致します。

阿倍野区 板金寛昌



りがたいです。

大阪臨床整形外科医会入会に関しては、開業前より入会の意思はありましたが、開業当初はこのような理由により、入会が延び延びになっておりました。

今後、諸先生方が多く入会されております、OCAの会合・勉強会にできるだけ参加し、御指導、御鞭撻をいただき、地域医療への貢献と整形外科医として恥じない医療を志したいと思います。

よろしく願います。

自己紹介

今度 OCOA に入会させて頂きました山本康です。

出身は大阪で平成2年に関西医大を卒業し、関西医大整形外科学教室に入局しました。大学病院、付属洛西ニュータウン病院、付属男山病院にて整形外科を、付属香里病院にて麻酔科を、大阪労災病院にて脳卒中を中心としたリハビリテーションを研修し、平成9年より国家公務員共済組合連合会新香里病院に勤務の後、平成15年10月に交野市の河内磐船駅前にて開業させて頂きました。

開業を考え始めた頃に診療報酬の改定があり、開業してやっていけるか大変悩みましたが、思い切って開業して1年半がたちました。

労力が診療報酬に反映しない現制度の中、

交野市 山本 康

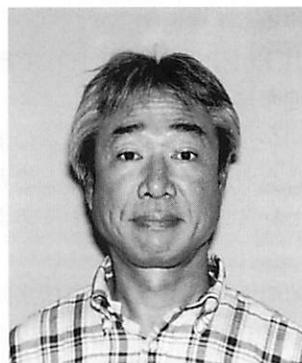


毎日悩みながら診療を行っています。研修会には積極的参加していろいろお教え頂きたいと思いますので今後ともよろしくお願ひ致します。

自己紹介

開業しましたのが平成7年7月ですから、今年でちょうど10周年を迎えました。開業時に臨床整形外科医会の入会申込書を取り寄せながら生来の愚図で、とうとう入会せずに9年が経ってしまい、昨年ようやく先輩諸兄のお骨折りで入会することができました。これからよろしくお願ひいたします。では、簡単に自己紹介をさせていただきます。出身大学は関西医科大学です。学生時代はラグビー部、スキー部を掛け持ち。整形外科を選んだのもやはり医局にクラブの先輩がわんさかいたからだだと思います。他の大学の選手も整形外科医になっておられた方が多く、スポーツと整形外科の強い絆を感じた記憶があります。昭和55年整形外科医局入局のあとは、

北区 波多野 泉



研修医制度も原始的な時代でしたから、先輩の後を追っかける日々が続き、医局を離れてからは済生会泉尾病院、新潟県立中央病院、阪和病院、河内総合病院などでお世話になりました。その後、ニューヨーク州立大学、バツ

ファロー校で勉強する機会があり、2年ほど楽しい生活をさせていただきました。大学に戻り、学問のまねごとをしていましたところ、父親が体力の限界である等を申し、父親のあとを継ぐ形で開業いたしました。まだ馬力のある43歳でしたから、北区医師会の仕事も引き受け、やっと10年が過ぎ、ほっとしている今日この頃です。一番の趣味は入局してすぐに教えていただいたゴルフでしょうか。一時期練習にも行かなくなっていました

自己紹介

この度、OCAOに入会させていただきました安田忠勲と申します。現在、大阪市淀川区で開業しております。関西医科大学を卒業し関連病院での研修などを経て平成15年10月から現在の場所で仕事をしています。生まれは東大阪ですが物心がつく前に豊中に引っ越し、以後現在まで豊中での生活が続いています。勤務医時代はとても通勤時間がかかったりしていましたが、現在は久しぶりの電車通勤で短時間のうちに到着するので満員電車も苦にならず快適です。最近、帰りの車中でいつも同じ時間の同じ所に乗っておられるサラリーマンの方を見つけたのですが、逆に考えると僕自身が同じ時間の電車に乗って帰宅していると言う事に気付き、ある意味「開業したんだなあ」と思う事がありました。

趣味についてですが、数年前までは「スキー、スノーボード」などを書いていましたがここ数年まったく雪山に行っていない現状では趣味とは言えません。ゴルフも多少はたしなみですが、人前で披露するレベルではなくお付き合い程度です。最近、今までとは全く方向性が違いますが、インテリアや椅子にとっても興味があり少し変わった椅子などを集

めたりしています。健康のことも考え、最近再び熱が入ってきました。次は酒飲みです。なんでも飲んでしまいますが、蘊蓄を聞きながら飲むのが好きです。酒にまつわる話を聞いていますと、今飲んでいる酒がそこはかとなくいとおしくなって来たりします。たまに囲碁をしたり、釣りに行ったりしますが、趣味という領域には至っていません。若輩者ですが、以後よろしくお見知り置きくださいませ。

淀川区 安田 忠勲



めたりしています。当院は継承させていただいた医院で開業時は以前そのまま始めたのですが、昨年入り口、受付周りをリフォームした際、自分の趣味を加えて普通の診療所とは少し違う雰囲気が出せたのではないかと自己満足しております。

開業となると当たり前ですが、自分一人で決めないと行けない事ばかりで診療の事、職員の事、レセプトの事など右往左往する毎日が続いています。OCAOを通じて同じ整形外科の先生方と交流、ご指導していただける機会が増えるのではないかと期待しております。まだまだ若輩者ですがよろしく願います。

自己紹介

このたび OCOA に入会させていただきました。私は、昭和 53 年に大阪大学を卒業後、小野啓郎教授が主催されていた整形外科学教室に入局しました。1 年間の大学での研修のあと、市立川西病院、大阪府立病院、大阪鉄道病院、市立吹田市民病院で各 1 年間、神戸の川崎病院で 6 ヶ月間過ごし、阪大に帰学しました。大学では手の外科を専攻し昭和 61 年から 1 年間、指の人工関節で有名な Michigan 州の Swanson 先生と人工腱で有名な Pensilvania の Hunter 先生のところ留学しました。帰国後はリウマチ手の外科を専門に臨床研究を開始しました。平成 1 年からは所沢にある防衛医科大学校に講師として赴任し、リウマチ手の研究のかたわら、創外固定器の臨床応用を行いました。平成 4 年に阪大講師となり、国立大阪南病院を経て、平成 6 年から大阪府立看護大学医療技術短期大学部理学療法学科教授、平成 10 年から大阪労

堺市 政田 和 洋



災病院整形外科リウマチ関節外科部長、平成 16 年 7 月に堺市の地下鉄御堂筋線、新金岡駅前が開業いたしました。現在、手の外科の日帰り手術を行う一方で全麻手術は他院に入院していただき、自身で手術しております。当院の特徴は手の外科、特にリウマチ手の外科の専門知識と大阪労災病院との太いパイプです。今後、地域医療に微力ながらも役に立てればと考えております。

自己紹介

入会のご挨拶を申し上げます。研修会には以前から時々出席しており、既に入会していると、錯覚していました。未入会にやっと気づき、今般手続きをとったという次第です。政治家なら、「関係各位に多大なるご迷惑をお掛けしましたことを、お詫び申し上げます」と言うところですが。

自己紹介ですが、昭和 44 年大阪市大卒後、臨床研修と研究を約 4 年、これからが、少々変わっています。スイス・チューリッヒ大学とドイツ・マールブルク大学整形外科に勤務しました。聞こえは良いのですが、要は働

池田市 小野 興三郎



いていただけです。随分、こき使われ、言葉でも困りました。最初は無給で、10 ヶ月後、

外来診察の許可が出て初めて、全額給料が出ました。チューリッヒ大学での契約が終了後、ドイツへ行きました。マールブルク大学での最終ポジションは院内講師(正式には助手で、内部的には講師)でした。診療以外に学生の臨床指導も一部受け持たされ、負担は相当なものでした。

1年の予定で行ったのに、帰国した時には何故か7年経っていました。予想通り、怒った母に勘当されました。数年後、その母とは和解しました。もう昔の話です。残っているのはただ思い出だけです。

自己紹介

OCAの皆さま、はじめまして。平成16年に入会させていただきました良原公浩と申します。開業は同じく平成16年3月、大阪市城東区においてであります。略歴ですが、平成7年に関西医科大学を卒業し、そのまま母校の整形外科教室に入局しました。大学病院で整形外科研修を受けた後、附属香里病院麻酔科、救命救急センター、八尾徳洲会総合病院、市立岸和田市民病院、大和高田市立病院、再び大学病院、最後に松原市の明治橋病院で勤務医を終え比較的若くして開業いたしました。幸い基幹病院が多かったおかげで忙しくもありましたが症例はバランス良く学べたのではないかと考えています。

開業して自分が不安に思ううちの二つに、今の自分の治療は正しく行われているのかということと、いずれ新しく良い治療に対し遅れをとるのではないかとということが挙げられます。

勤務医時代と違い自分以外の整形外科医と話す時間が圧倒的に減っており、開業1年ちょっとで早くも耳に入る情報が限られ

昭和57年から市立池田病院に勤務、平成8年現在地で開業しました。医院は池田市の五月山山麓に近いところで、まだ自然が少し残っています。すぐそばの池には昨年12月からこの4月までオシドリが居ました。警戒心の強いオシドリが市街地に来ることは比較的まれです。一応バードウォッチャーの私にとって嬉しいことです。カワセミも来ます。過去に観察した鳥は40種以上です。見ても損にも得にもならない、鳥達を見ながら毎日努めて淡々と診療に励んでいます。開業して9年余り経ちました。

城東区 良原公浩



てきつつあります。自分なりの縦・横の関係を持ち独善的治療に陥らぬ心がけを維持するのは簡単そうで難しい目標の一つと思っています。そういう意味では同じ立場の先生方が集う臨床整形外科医会は私にとって頼もしい会であります。研修会はもとより経営的に理解を深める情報をも常にいただきありがとうございます。まだ開業後の安定した自分が見えてこず余裕がありませんが、微力ながらもOCAの発展に協力したく存じます。今後ともよろしく願いいたします。

自己紹介

このたび、たくさんの先生方の勧めがあり、
OCAOに入会させていただきました河合大
吾郎と申します。

と言いますのも、私は関西医大出身で、
OCAOに母校出身者が少ないということで、
熱烈な勧誘を受けた次第でございます。

私は、昭和44年生まれの酉年で、今年
は年男でございます。生まれも育ちも、大阪は
泉大津市、上品な？泉州人でございます。趣
味は、スキーとテニス、スキューバダイビン
グです。スポーツ観戦も大好きで、根っから
のトラ吉・阪神ファンでございます。大学時
代はラグビー部に所属し、正月には花園ラグ
ビー場に高校ラグビーを見に行くのが年初の
楽しみのひとつです。

平成8年、医大卒業後同整形外科教室に入
局し、平成10年、研修時代を過ぎるとすぐに、
父・河合長兵衛（OCAO会員）経営します「か
わい病院」へ入職、現在に至ります。

泉大津市 河合 大吾郎



実は当時、父の体調がすぐれないと聞き及
び、急遽医局を離れ家業に就いたわけですが、
いまだに父はピンピン元気に遊び回っており
ます。

「かわい病院」では、主に外傷・救急を担
当しております。また、手術に際しては拙く
も麻酔医としても孤軍奮闘しております。

若輩者ではございますが、今後ともよろし
くお願い申し上げます。

自己紹介

OCAOの会員の先生方、はじめまして。
会長で医局の大先輩であります松矢先生、森
本先生のお勧めで今年から本会に入会させて
いただきました。よろしくお願いいたします。

私は昭和51年府立高津高校を卒業、同57
年に関西医科大学を卒業し整形外科医局に入
局しました。大学付属病院にて研修し関連病
院の荻原整形外科病院、阪和病院等で臨床整
形外科を学ばさせていただきました。その後
は大学院にて研究生活に没頭いたしました。
長管骨骨折の手術時に得られる骨折端血腫を
採取しひたすら培養するという日々の繰り返

生野区 岩本 斗伸



しです。4年の年月を費やしてようやくハイ
ドロアパタイトを作る骨源性細胞を分離しま

したが、その後は達成感のせい（のんびりした研究生生活が長かったせい？）病院勤務に戻る気がせず開業に至った次第です（平成5年開業）。

生まれ育った生野区の実家を改築し、2階に両親を追いやりその1階で開業しています。ご存知の方もいらっしゃるかも知れませんがいわゆるコリアンタウンのすぐ近くです。開業し12年目ですが午後8時近くまでしていた仕事を2年前からは午後6時には終わるようにし以前からしてみたかったサック

自己紹介

この度、遅れ馳せながら入会させていただくことになりました。昭和29年大阪生まれの大阪育ち、生粋の大阪人です。高校卒業後一浪を経験し、昭和49年4月新設の近畿大学医学部へ入学、何もかも全てが新しく、自らの手で開拓する期待と、一抹の不安が入り乱れる中で学生生活を謳歌し、3年目で創設されたラグビー部の一員として西医体等の大会に参加し、活躍するよりは舟状骨骨折や腰椎椎間板ヘルニアで整形外科のお世話になる事が多く、臨床科目の中では苦手意識の強かった『整形外科』をLife workとしたルーツがここにあると思われまます。

昭和57年4月近畿大学整形外科教室入局、研修後大学スタッフとして籍を置き関連病院等へ出向、昭和62年6月より京都大学の関連病院の中でも伝統のある田附興風会北野病院で2年間お世話になりました。本来、開業思考の強かった私はこのころより診療所より手術設備のある病院開設に意欲を示し物色していました。その矢先、バブル崩壊と共に医療を取り巻く環境にも冬の時代が訪れ、国の医療費抑制政策や世論・マスコミによる医療

ス、ドラム教室にせっせと通っています。休みとなると西宮の海でヨットに乗っています。一時はゴルフに夢中でしたが5年前に止めてしまいました。いくら頑張っても上達しないもんで・・・でも趣味に興じてばかりいられないので OCOA に入会した機に研修会に積極的に参加し少しでも見識を高めていきたいと考えています。OCO A 会員としては新米ですのでこれから御指導ご鞭撻の程、よろしくお願ひします。

河内長野市 金田 隆 義



事故医事紛争等の医療パッシング、介護保険の導入など目まぐるしく状況が変化した為、方向転換を余儀なくされました。故に、病院設立の頃より非常勤でお世話になっていた現勤務先（医）五月会・青山第二病院に平成6年4月より勤務いたしております。この度、大阪臨床整形外科医会への入会に当たっては、同門であり当会の要職に就かれている小林副会長、山本哲理事をはじめ三浦、永田理事のお勧めもあり、勤務医の立場で入会させていただきますが、御指導の程何卒よろしくお願ひいたします。

大阪臨床整形外科医会理事就任にあたって

松原市 武田 十四也

このたび理事に就任いたしました。変革期に來ている医療情勢の中、患者さんに対して、より良い整形外科医療を提供できるようにと思っています。

周りの先輩の役員の方々は、私が研修医の頃お世話になった方々ばかりで、その一員に選ばれたことは光栄です。役職の重さに負けぬように、精進していく所存です。

私の趣味について何か文章を、と言われましたが文才もないためうまく書けません。趣味と言うほどのものではありませんが、気分転換に休日にする料理について書いてみます。

大したものはありません。男の料理ですから大ざっぱです。ただ、家を造ったとき厨房はほとんど私の好みで作りました。

バーベキューグリル、ハロゲンコンロ、中華バーナー、鍋ごとはいるオープン、フライヤー これら道具に頼って作るのです。魚をさばくのも気が楽です。手術と違って失敗しても命に関わりませんし、おいしく食べら

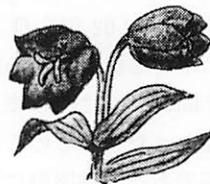


れますから。朝から小麦粉をこねてフォカッチャを焼いたり、バエリアを作ったり。中華料理が手っ取り早くできます。家族に喜ばれているかどうか本音のところは判りません。こうして原稿を書いている間にもタコのトマトソース煮が出来上がりそうです。今日は、あとペペロンチーノとグッリシーニといきましようか。よく冷えた白ワインも今日は頂きますか。こんな私ですが、これからもよろしくお願いします。

石川県の花 クロユリ

NHKが「郷土の花」として選んだもの。白山の弥陀ヶ原（みだがはら）、室堂平（むろどうだいら）（標高 2,300 ~ 2,500m）付近に多く自生しています。風雪に耐えて咲くかれんな姿は、広く県民から親しまれています。

（昭和 29 年 3 月 19 日制定）



新理事の自己紹介

大阪臨床整形外科医会理事就任にあたって

枚方市 森 下 忍

この度、大阪臨床整形外科医会理事に選任されました。森下 忍（もりした しのぶ）と申します。

昭和54年に大阪医科大学を卒業し、小野村教授が主宰される整形外科科学教室に入局いたしました。研修終了後、大学の教員となり、腫瘍・リウマチ関節外科を主として行い、平成10年に枚方市民病院に赴任、その後平成15年2月に枚方市津田において開業いたしました。

また小野村教授の推薦にて平成6年から大阪府医師会医事対策課の委員を承っており、先輩理事である濱田博朗先生達諸先輩と一緒に仕事をさせていただいております。

開業をしたものの、まだあまり経営のことは不勉強で、今後のご指導ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

高校時代は陸上ホッケー、大学時代はラグビーをしており、その後10年ほどは関西ド



クターズに所属しラグビーをしておりましたが、最近は時々下手なゴルフを楽しむ程度であります。最近はスポーツとしてはケーブルテレビで放送されているヨーロッパの自転車ロードレース観戦を楽しみにしております。

伝統ある大阪臨床整形外科医会の理事をおおせつかり、小生のできる範囲で会員の諸先生方のお役に立てるようがんばる所存であります。

愛知県の花 カキツバタ

5月中旬～下旬に青紫、白色などの花を咲かせます。

在原業平朝臣が現在の知立市八橋を訪れたとき、そのあたりの花の美しさに旅情をなぐさめ、カキツバタの5字を詠み込んでうたった（伊勢物語）と伝えられています。

昭和29年NHK、全日本観光連盟などの共催により、郷土の花（県の花）に選定されました。



厚生部 報告

平成 16 年度 OCOA 春季ゴルフコンペ (第 39 回)

第 39 回 OCOA ゴルフコンペ (春季) 成績表

2004/5/23 (日)

場所：北六甲カントリークラブ

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HDCP	NET
優勝	長嶋 哲夫	41	38	79	7.2	71.8
準優勝	山本 哲	46	40	86	13.2	72.8
3 位	河村 都容市	46	44	90	16.8	73.2
4 位	大谷 明久	43	44	87	13.2	73.8
5 位	市岡 侷	47	43	90	14.4	75.6
6 位	吉田 研二郎	51	42	93	16.8	76.2
7 位	佐藤 利行	47	55	102	25.2	76.8
8 位	新田 望	44	45	89	12	77
9 位	丹羽 権平	49	52	101	24	77
10 位	濱田 博朗	52	53	105	27.6	77.4
11 位	波多野 弘次	46	46	92	14.4	77.6
12 位	首藤 三七郎	48	47	95	16.8	78.2
13 位	王谷 昭州	57	53	110	31.2	78.8
14 位	松矢 浩司	53	54	107	25.2	81.8
BB賞	森 泰壽	53	48	101	18	83
BM賞	早石 雅宥	65	63	128	36	92

ベストグロス 長嶋 哲夫

ニアピン 新田 望 OUT 3 河村 都容市 OUT 7
 首藤 三七郎 IN 13 市岡 侷 IN 15

ドラコン 大谷 明久 OUT 8 新田 望 IN 12



平成 16 年度 OCOA 秋季ゴルフコンペ (第 40 回)

第 40 回 OCOA ゴルフコンペ(秋季)成績表

2004/11/21 (日)

場所：北六甲カントリークラブ 西コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HDCP	NET
優勝	濱田 茂幸	43	47	90	15.6	74.4
準優勝	長嶋 哲夫	41	42	83	8.4	74.6
3 位	孫 瑠権	42	47	89	14.4	74.6
4 位	佐々木 哲	45	48	93	18	75
5 位	森 泰壽	55	48	103	27.6	75.4
6 位	林原 卓	36	42	78	2.4	75.6
7 位	濱田 博朗	53	54	107	31.2	75.8
8 位	大谷 明久	45	42	87	10.8	76.2
9 位	北野 継武	49	44	93	16.8	76.2
10 位	山本 哲	48	49	97	20.4	76.6
11 位	河村 都容市	47	50	97	19.2	77.8
12 位	右近 良治	48	49	97	19.2	77.8
13 位	三木 春一郎	46	48	94	15.6	78.4
14 位	佐藤 利行	47	53	100	21.6	78.4
15 位	黒川 隆彦	52	48	100	21.6	78.4
16 位	丹羽 権平	60	46	106	27.6	78.4
17 位	青野 充志	50	55	105	26.4	78.6
18 位	服部 良治	49	49	98	19.2	78.8
19 位	首藤 三七郎	52	45	97	18	79
20 位	波多野 弘次	46	51	97	18	79
21 位	土井 志郎	46	55	101	20.4	80.6
22 位	吉田 研二郎	47	47	94	13.2	80.8
BB賞	松矢 浩司	53	53	106	25.2	80.8
BM賞	古賀 教一郎	57	58	115	32.4	82.6

ベストグロス 林原先生 36・42・78

ニアピン

4H 8H 15H 17H
 林原先生 波多野先生 孫先生 丹羽先生
 山本先生 青野先生 北野先生 吉田先生

ドラコン

5H 13H
 大谷先生・吉田先生 大谷先生・佐々木先生



偽装交通事故による損害賠償保険詐欺事件に関して、 医療担当者逮捕に及んだ大手損保会社と警察の癒着の構造

淀川区 小泉 昌久

13年前の事です但未だに解決していない事なのです。偽装交通事故患者グループ、東京海上火災、大阪府警と医療機関の複雑な関係の中であって、時系列に従って詳細に話せば膨大なものになるので、一部省略して、表題の事実についてまとめてみました。

まず、事件構成については、雇用主が従業員とその友人が故意に事故を起こしたことを知って、架空の高額な休業損害金を数社の損保会社から詐取させて自分は20%のピンハネをして総額約1,300万円に至り逮捕され、診療担当の医師（私）にも及んだのであります。

三人グループが逮捕後、直ちに、東京海上火災の顧問弁護士は損保六社の代理人になり、三ヵ月後には三人から約900万円の詐取金を回収したが、回収不能金が約400万残りしました。弁護士（私の代理人）は診断書を書いた以上、共犯にされる恐れがあると考えた結果、東京海上火災の顧問弁護士に請求され、未回収金の全額を支払ったのです。

診療費については、患者からも東京海上火災からも支払って貰えなかった事から、担当事務員は、患者と話し合っただけで国保請求に変更の手続きをとりました。

診療費の3、4月分

自由診療費 全額未収（東京海上に請求）
診療費の5、6月分合計内訳（国保請求に変更手続後）

尼崎市国保負担分5、6月分

合計 37万円 入金（起訴）

患者負担分5、6月分

合計 15万円 未収（東京海上）

一年半後に、偽装事故であることが発覚し、彼らが逮捕されたことを知り、直ちに保険者



の尼崎市国保と話し合い日常の過誤調整による返戻手続きをしました。

診療担当者は、彼らに騙された被害者の立場だと思うのですが、法律家等の立場からみると、「取得したものは後で返してもその事実には犯罪が成立する」とのこと。しかしこの件については、尼崎市国保は、「告発しません」国保連合会は「その立場でない」と大阪府警からの被害届の提出を断っております。

国保を騙して国保を支払い者にする手続きをしたのは、患者であるにもかかわらず、入金のある医療機関が処分を受ける結果となりました。

健康保険法と一般法との難しい問題となり、被害者のいない詐欺罪が成立したのです。

私自身反省すべきことが多々ありました。しかし、裁判の過程では、私が偽装交通事故グループと共犯であるとの疑いは完全に払拭されました。

そこで、私の代理人弁護士が各損保会社に支払った前記の約400万は支払う必要が無かった事から東京海上火災、他5社に対して不当利得返還訴訟を提起しました。

その裁判の過程に於いて、大阪府警交通指

導課捜査係から東京海上火災宛てに送付された偽装交通事故グループの1人、加害者役の起訴状の原案（担当検事名が未記入）のファクス（平成4年4月20日付）が提出された証拠書類のなかにありました。これは、被疑者（加害者役）の起訴前の書類であり大阪府警交通指導課捜査係りと東京海上火災との癒着を証明する極めて重要な資料であります。

この事は、警察の守秘義務違反に該当すると考え、上記の起訴状原案のファクスについて大阪府警本部監察官室に平成15年10月4日付け及び平成16年7月25日付けの書面で調査を依頼し、書面で結果の報告を要求しています。

私はこの事件の体験を通じて以下のごとき考えを訓えるものであります。

交通事故が発生し、傷患者（患者）が生じた場合、ただちに医療機関に治療を求めて患

者は来院するが、その後、医療費を巡っては患者と医療機関との診療契約に基づいて解決されるべきであり、被害者の損害補償、休業補償等の問題は被害者と加害者の間の問題として解決するのが原則である。しかし、現実には、損害保険会社が、加害者に代わって医療機関及び被害者に対応しているのが現状である。

従って、損保会社と医療機関の両者間に生じた紛争はあくまで民事的手法によって解決されるべき問題であると考えます。ましてや損保会社は、警察権力を利用してその背景の下にこれらの紛争を解決しようとすべきではなく、また警察はその国家権力を行使して損保会社に不当な便宜の供与をすべきでないことを強く訴えるものである。

当時、会員の先生方にご迷惑をお掛けしました事を紙面を借りてお詫びいたします。

島根県の花 牡丹

中海に浮かぶ大根島（八束町）のぼたんは全国的に有名で、およそ三百年前から栽培されていました。

現在、八束町では度重なる品種改良の末、およそ三百種に及ぶぼたんが栽培されています。また、葉も観賞でき、四月下旬から五月上旬にかけての大根島はこれら数万株の花が咲き乱れ、まさに絢爛豪華という形容詞がぴったりあてはまります。



IT・メールは楽しくて便利です!!

城東区 岸本成人

大阪市城東区緑橋駅近く 岸本整形外科
岸本成人 48歳

城東区で開業して4年になります。医院では電子カルテダイナミクスが稼働し、パソコンは7台、液晶プロジェクターも常時使っております。私は、診療支援プログラムを作るプログラマでもあります。

JCOA 本家の IT 委員をおおせつかっております以上、地区医師会でも IT 化・メール促進を進めることに手綱を緩めることはできません。特に指導的立場にある理事会理事70名は連絡を密にしないとイケないと思います。

よって、3ヶ月に一度は集って微妙な話はいたしますが、それ以外はメールを使うのがいいと思います。理事会で会うまでにある程度情報の交換をやっておけば効率的です。服部先生の叙勲の写真の縦覧や、柔整の国家試験問題・週刊誌の記事のまわし読みもできます。会報の原稿も投稿できます（というか、この文章はメールで送信しています）。

メールでの連絡はなにが良いかといいます



と空いた時間が使えるということです。もちろん会って話した方がいいこともたくさんあるので、それは会って話しますがそれでは時間が足りません。ITは定額制なので使えば使うほどお得です。全員がメールをすればFAXは即廃止できます。亡くなった松岡前城東区医師会長は65歳からパソコンをはじめITの申し子といわれるようになりました。歳は関係ないと思います。

IT・メールには他にもいろいろ良いことがありますので、それを順次ご紹介して参りまして、理事の皆様が通信にメールを使いたくて、使いたくてしょうがなくなるような雰囲気にしてまいりたいと存じます。

滋賀県坊村にて

城東区 石川 正 士

昨年晩秋、滋賀県坊村で撮ったものです。

私が戦後旧満州から引揚げたあとの数年住んだ山形県の旧家もこんな茅葺きでした。郷愁を覚えます。今時茅葺きの家を個人で存続させる事は困難で、多くは公的補助の元に保存されている様です。この民家然り、洛北美山町の北山かやぶきの里また然りです。早晩、こんな家に住んだ事のある経験者も居なくなることでしょう。(05年5月記)



彫 塑 多 賀 の 浜

堺市 石 上 直

H16年9月上野・東京都美術館における二科展出品作で、等身大ブロンズ製です。

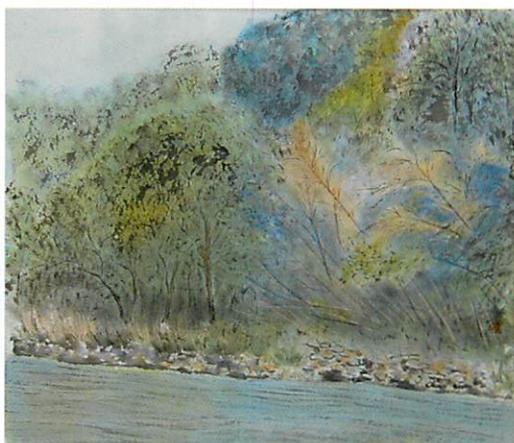
二科展入選20回目になりました。そろそろ表現形態を変えて次のステップに移りたいと思っています。

本業は真面目にやっています。最近はやりの、のけたたましいやりようは年令のせいかなじめないのでとり入れようとは思いません。開業医として、ごく常識的な医療の王道を探っていくつもりです。

そして両方ともそれなりに第一級でありたいと願っています。



豊中市 丹羽 雅子



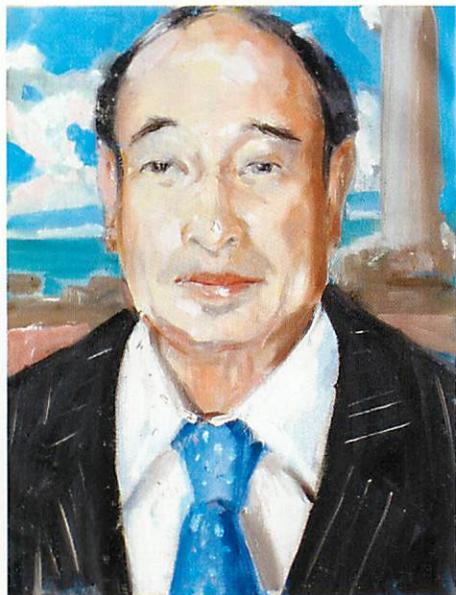
昨年五月日光へ小旅行に出かけました。
古木の山桜、五葉つつじ（シロヤシオ）
が美しく関西とひと味違う景色を味わい、
鬼怒川下りを楽しみました。



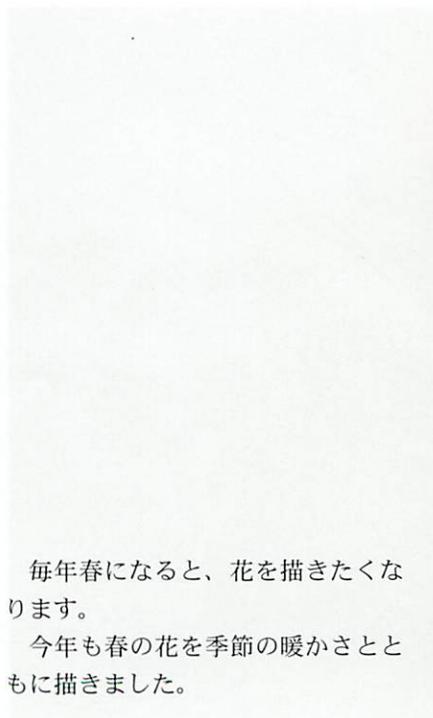
大木銀杏の下に咲く紫陽花、蕾からだん
だんと開き陽の光で七色に変化してゆく。
茶の間からいつも眺めています。



住吉区 三橋 允子



主人が住吉区の医師会長をする様になりました。又、誕生日が来たら70才です。ここで1枚主人の顔を描いておこうと思いました。穏やかさと熱いものを持った主人の人柄、表せているでしょうか？



毎年春になると、花を描きたくなります。

今年も春の花を季節の暖かさとともに描きました。

堺市 小瀬 弘一



油彩 F8号 画題「N嬢」

近頃めずらしい、物静かなお嬢さんです。



シュミートガッセ

豊中市 石澤 ^{のり} ^{やす} 命 徳

ドイツ、ロマンチック街道、中世の宝石と称せられる古都ローテンブルクの町、その多くの通りの中の一つ、シュミートガッセ。その名を聞いた時、ふと懐かしさを感じたのは、私の生れた伊丹、亡き母の実家のある町も昔は鍛冶屋町と呼ばれていたからだ。

1385年頃の創建と言われる有名なジーバータの門をくぐるとこの通りがマルクトプラッツへと登っている。その昔貴族や富裕な手工業者達の家々が並んでいた町並。先ず眼に入ったのはパン屋の看板、ドイツパンの一つ、プレーツェルが王冠をかむっていた。マイスター達によって作られた個性的な看板を見て歩くのも楽しい町だった。



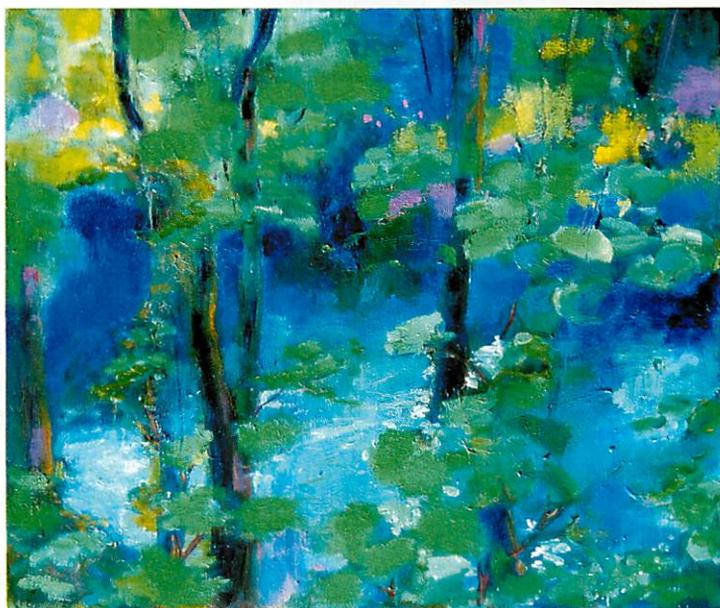
城東区 福西睦子



バレリーナ

絵の教室で実際にモデルさんに来てもらって描きました。バレリーナを目指している芸大の生徒さんでかわいい方でした。踊って見せてくれましたが、描いたのは座っているところです。黒いチュチュが美しかったのが印象的でした。

青池（白神山地の十二湖の一つ）
白神山地が世界遺産に登録されたので見に行きました。青池は話に聞いていましたが、実際に見てみると想像していたよりもずっと神秘的でした。どうしてかこの池だけが美しい青い色をしています。眺めていて飽きません。何枚もスケッチしてきました。



北区 中 嶋 博 章

あげ雲雀名乗りいで世は正に春爛漫、百花繚乱です。スキーの季節もあと僅か、折角新調した勝れ物のスキーともしばらくお別れです。

近頃は、カービング・スキーなんていう短小軽量、まるでアイス・クリームの匙のような形が全盛です。頓に低下した脚力を自覚し、比較的軟らかく、軽く短い板にしていた矢先にこのスキーに出会い、即刻購入、期待以上。曲げようと心中念ずれば、その通り曲がります。でも、ジャンプを念じても飛び上がりはしませんし、気を抜くと予期せぬ時に飛ばされるのは、今迄のと変わりません。直カリには向きません。



新しい雪上車、ピステン・ブリーb-Echo、ベコと呼びます。モーと鳴きます。

スキー人口が減り、リフトの下を滑って目立とうと考える我々仲間にとって、見物衆の少ないのは幾分物足りない今日この頃です。

もう遙か昔の話になりましたが、私、小学3年生の夏に長い戦争が終わりました。遠いビルマから父が復員してきた時、父の顔は全く知りませんでした。家族と2才になった許りの私を残して、第1次大戦下の中国へ、続いて第2次大戦でビルマへ軍医として参戦し、戦況の悪化、前線部隊の敗走で敵中に孤立した野戦病院の撤収で、モールメーン（北



一番小さな隠し子とスキー(そんなワケない)

緬、北ビルマ国境) から竹筏に患者を載せ、雨期で増水したイラワジ河を闇に紛れて幾度となく渡り、やっとの思いでラングーン直前迄辿り着いた時敗戦を知らされ英軍の捕虜、抑留され、最後の患者と友に最後の病院船の船医として帰国。姉と一緒に駅迄出迎えの途中で父と出逢いました。姉は嬉しさのあまり、父に抱きつき大声で泣きました。私は、父に名前を呼ばれて始めて嬉しさがこみあげて来て、涙が止まりませんでした。

ただ唯恋しいけれど顔も知らなかった父が帰って来たのです。小学5年生の夏の終わりでした。それ以来父は、私のやりたがることを何でもさせようとしてしました。自分が戦争の

為に出来なかった事も含めて。テニス、スケート、ヨット、登山どれも人並み以上に、自動車の運転は半ば強制的に。おまけに父のしなかった浪人も2年間。御免なさい。有り難う。お陰で、こんなに遊びが上手になりました。合掌。

鳩の湖、それかあらぬか春雨の降る日となれば、風が吹く、時には湖面に三角波が立ちます。それでも昼前後4時間程は風です。帆船には辛い時間ですが手漕ぎの宴会船には持って来いです。奥琵琶湖の海津大崎は桜の名所、比良の八荒と満開の時期が重なりますが、運が良ければ湖上から、人や車で一杯の湖岸の雑踏を尻目に、いやそれも含めて、一目千両の桜屏風を満喫しながら酒が飲めるのは、船だけの特権で、まだまだ好いお席がいっぱい残っています。5月連休の残雪スキーの後には、いよいよ愈々水の季節です。この時期になると、湖は穏やか終日のたり、30尺の笹舟を艫で漕ぎ出して沖繋がり、遠く霞むは彦根城、波に揺られてる竹生島、三井の晩鐘は聞こえません。四高桜並木の緑が続く、琵琶北湖の萩の浜、肴は焙った近江牛。やっぱり酒がすすみます。釣った魚をすぐシメて串を打って塩焼き、それを肴に…というのが格好も良く、望ましいのですが、現実はそのなにあまくなくて殆どの場合、魚に振るは



テニス・クラブの宴会
女性は美人のみ



残雪スキー

ずの塩だけを肴に酒を飲むことになります。で、最初から、肉に魚、たこにいか、野菜と氷と生卵、忘れてならない酒ビール、みんな積んで行きます。女性乗船の場合は便所も。水は積みません。200 m以上沖出しすれば、周囲一面上水道。綺麗な水があふれてます。少し硬目で水割りに向きます。

昼間は陸迄声が届かないので、放歌高吟も可。夜は駄目、巡視船が来て不審尋問、酒を勧めても飲みません。職務執行中と申します。ホンマかいな、スキーパトロールは飲むけどなあー。

女性と同乗の場合は、老若美醜に拘わらず、日光を遮るものが必要です。絶対に。それにしても最近、とみに同乗してくれる女性がいなくなりました。誰でも良いから乗ってよ〜どんなサービスでもするから〜!! では又、争いのない世界へ、男ばかりで出航。

Bon voyage.

小谷山

河内長野市 奥田好彦

17年2月20日に、木下孟先生78才を先頭に、宮内貴先生75才、70才代3名、60才代4名の計7名で登りました。

馬洗池、本丸跡、中の丸跡、刀洗池、山王丸跡、六坊跡、大獄城跡、と案内板も設置され、浅井長政、お市の方の戦国時代を身近に感じる登山でした。

下山後は長浜浪漫ビール館に寄り道して、色々と5種類、次々に地ビールを飲み交わし、皆様大満足でした。運転手の私はノンアルコールで乾杯しました、おわり。



溪流入門

高槻市 佐竹兼爾

その1

「佐竹、秋神川でしってるか？塩野義のブローパーから聞いたんやけど、岩魚が良う釣れるんやてー」「へーしらんなーベン行かなあかんなー」M君との会話である。

秋神川とは木曾川の上流の飛騨川の源流の川である。6月中頃、飛騨高山の手前の久々野駅で右折し、御岳山に向かう。「あのなーこの谷は滝が20位あってな、最後の大きな滝を登ると道路に出るんや。3つ目までが大きいのが釣れるんやてー」川に降りると段々になっていい所が次々とある。まもなく1尾が釣れた。「おいこれ岩魚やろか、天子やろか」見ると少し黒っぽい魚で、青い斑点や赤い斑点がある。アマゴは釣った事があったので「岩魚ちゃうか」二人共岩魚は始めてだ。1つ目の滝までポツポツ釣れた。全て岩魚だった。その内1つ目の滝まで来た。滝の中程にとび出た岩があって高さは7m位か。川はV字形に切れ込んでいてまわり込んでも降りられない。左手の崖にそって行くと滝の上に出られそうだ。何とか滝上に着くと、一人が立てる岩があって、その前に滝に落ちる急な深い流れがあり、その向こうに又、一人立てる岩盤がある。川中は2mたらず。跳べば渡れるが、足元の岩は滑る。梅雨で水は多い。右は滝で途中のとび出た岩に水が当たってとび散っている。「渡れん事はないけど足がすべったらアウトやなー」「帰りの事もあるから引き返すか」「本流にもええ所あるて聞いてんねん」

本流はさすがに川巾が広い。橋を渡って下にくざると堰堤がある。その下は広くて深くて魚が沢山いそうだ。しかしM君は「そこは釣れんて聞いてるでー下流の岩のくぼみがええんやてー」向こう岸の岩の重なった落



ち込みにえぐれた所がある。大き目のシズにしてイクラをエサに沈めておくとモソモソとした当たりがあり、24cm位の岩魚が釣れる。しばらくすると又釣れる。その下流の似た様な所では釣れない。少し上でアマゴが釣れた。堰堤下は広すぎて深すぎて、流れも速すぎて2間半の竿でもとても釣りにならない。流れのゆるい脇を流しても結局釣れなかった。下流の秋神温泉近くでも少し釣れた。小雨がショボショボ降って体が冷えてくる。時間はまだ早いが秋神温泉に向かった。なぜかは思い出せないがことわられた。ウロウロしながら西洞集落で高政旅館が見つかった。

「今夜泊めてもらえますか」両のほっぺがまさにリンゴの様に赤くて、めもとのやさしい婦人が「ああ、いいですよ」早速風呂を沸かしてもらった。歌の通り夏でも寒い。

洗面所の鏡の上に2枚の魚拓がはってある。50cmはありそうな、又、体高もかなりある。まるで鯖だ。でも年月日や名前がない。疑問がわくが、たずねる勇氣は二人共ない。

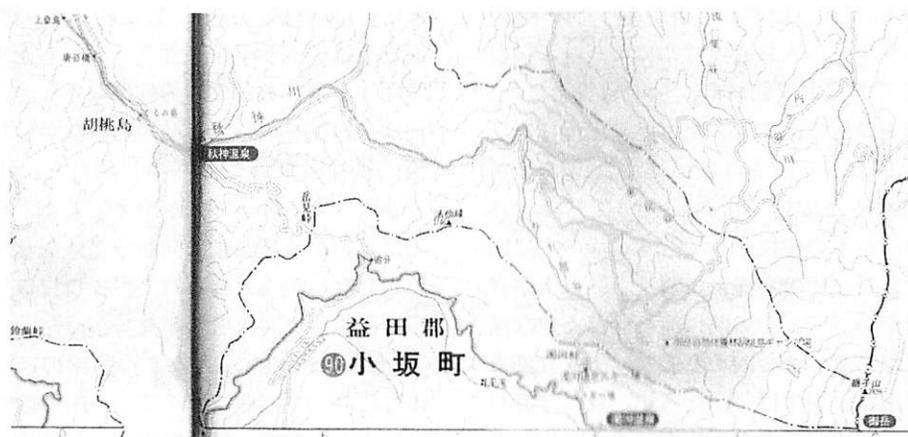
その2

M君の都合が悪くて一人で行った。夜、高政に着いて朝弁当と水筒をリュックに入れ、与十郎に向かう。1つ目の滝の水量は少

し減っており、思い切って跳びこえた。やはり少し滑った。2つ目は小さかったが3つ目は30 mはある大きな滝にぶち当たった。左手のつるつる滑る岩をすべりながら何とか登るとすぐ4つ目に。こうして滝との戦いが始まった。釣っていると時々上から石が落ちてくる。なぜ？風もないのに。魚はポツポツ釣れる。1つ目の滝では10尾位がいれぐいの所もあった。V字谷も少しずつ開けてきた。よく見ると左岸の上の方に道がある様な気がする。確かめてみよう。登ってみるとたしかに巾1 m位の平らな道がある。でも少し行くとくずれて、その先にも少し道が、とても利用は出来ない。ある滝を登った所で突然平らに開けた所に出て、その先に又絶壁があり、50 mはあろうかという滝が。上は水が流れているが、途中から霧になっている。こ

れが最後の滝だ。登り口はどこだ。ほぼ真つすぐでどこかわからん。ウロウロしていると、少し下の方に右に行く道らしきものがある。背丈程の草の中に巾1 m足らず、これは“けものみち”だ。でもこれで上の道路に行けたら、と行ってみると100 m位で広場に出た。ここで行き止まり。土がこねられて、とても臭い。ここは獣が皮膚についた虫をドロ土で落とす、そう『ぬた場』だ。鹿か、猪か、熊か？

同じ道をもどるしかないと決心し荷物をリュックにしまう。降りる時の方がむつかしい。ここで足を踏みはずして骨折でもしたらどうなるか。何とか車にたどり着いた時は、それこそ身も心もくたくただった。一人で行く溪ではない。次は友と、足の滑り止めも、熊よけの鈴も用意して。



小さなチームメイト

松原市 味八木 郁雄

昨年の末からレーシングカートの競技に参戦するようになりました。堺のちっちゃなコースで以前からポロカートを引き張り出してはたまの練習走行はしてたのですが、競技自体は自動車レースに先立つ登竜門として浸透し、いまでは上のレベルほどきびしいものになっており、ちょっとかじる程度の私ではなかなかタイムもだせず、競争することすらおこがましい感じだったのです。それでも上達したい意欲があり、刺激を得るために昨年の最終戦の新人レースにエントリーしました。家族ぐるみで運営するカートショップのチームのサポートを受けるなか、チームメイトには10歳の晃介くんがいました。もちろん子供である彼の場合はメカニック兼監督であるご両親の多大なバックアップを受けながら11歳以下のレースで走るのですが、子供とはいえ選手としては走りも駆け引きもなんら大人と変わるところなく、立派な先輩カーターです。私自身の初参戦の結果は案の定散々なものでしたが、今後の楽しみ方を考えるきっかけにはなりました。まずは悔しいこと！物心ついたころから自動車が好きだった私には愚かなプライドがあるのです。そして思ったよりお金がかかること！さすがに競争するためには最低でも新品タイヤぐらいは必要です。どんなスポーツでもそうでしょうが、勝負にこだわらず和気あいあいと雰囲気を楽しむのが草スポーツの健全なあり方ではあると思います。年齢からしてもさほど上達する必要もないのではとっていたのです



が。あるとき練習中にスタート前の私に晃介君が駆け寄り(先生、タイムだしてや！36秒台やで！)私(うーん36秒台かあ、まあねえ)そして走りながら少し考えておりましたが(なにも年やからゆうて遠慮する必要はないし、どうせ走るんやったらとことん納得いくまでかな、とりあえず今日は36秒無理やけど)小さなチームメイトは走り終えた私のカートに駆け寄り計測器のタイム表示をチェックしておりました。

今年の2月のシリーズ戦、11歳以下のレースで晃介はいつになく激しいデッドヒートを繰り広げて何回もトップにたち、監督いわく(あいつとうとう目覚めたんちゃうか?)終盤までトップ争いを演じ、結果2位となりました。その後の私の参加した新人レース、晃介に刺激され熱くなりすぎた私は前の車を強引に抜こうとして追突し諸共リタイア、後で競技委員長から大目玉をくらいました。私のイメージする趣味は時間やお金に余裕がある人の片手間の遊びではなく、なけなしのお金と時間をはたいて入れ込む類のものです。そうは言っても晃介の御両親にしたところでたぶん彼をプロに育てるなど現実の目標としているわけではないと思います。もちろん夢はあるでしょうけれど。かたや私の場合、いまさら夢の持ちようすらありませんがささやかな目標と意地があります。要は火がついてしまったというところでしょうか。

私の趣味

東淀川区 土屋和之

高校入学と同時に始めたラグビーは今年で45年、オーバー40のクラブ惑惑RFCでのプレイも20年を越えました。60歳を超えると赤いパンツがもらえます。毎年3惑大会（東京・大阪・九州）が3月末に開かれます。60歳になるとかつて速かったであろうラガーも皆ややもたつき気味にプレイをします。今年は秩父宮ラグビー場を使わせていただき仲良く3地区とも1勝1敗で楽しく試合後のビールパーティで語り合いました。年間25試合くらいを消化します。最近、私から言えば若い43歳のコーチが来てくれ新しいラグビーを教えてください。どのように味方にスペースを作るか、ボールを止めるタックルはどうすればよいのかなど日曜日が楽しみな毎日です。このように新しいことを吸収して優れたプレイを志すことは、プレイはつたなくとも現役であると最近思えるようになりました。基本的には優れたプレイをして敵味方を楽しませ充実した日曜日を30人で創りあげることでしょうか。

この年代になると怪我はきわめて少なくなります。常に相手の年齢（70を越えた方もおられますので）や強さを計算してお互いが楽しめるように周囲を見ることが重要です。



三惑戦（対不惑・東京）於花園ラグビー場

もう一つの趣味はチェロでjazzを演奏することです。こちらはスタートが遅かったのでクラシックはいつまでたっても超初心者で困り果てていました。何とかならないものかと探っている



とジャズストリングスという領域があることがわかりました。基本的なリズムや旋律を守りながら自由にメロディを作ることが要求されます、というより自由に演奏できる部分があるというわけです。この部分を用いて他の楽器との対話が重要です。春の六甲に踏み込むと目白たちが陽気にさえざりありますがそのような雰囲気を目指したいと思っています。先日若いmusicianに教えてもらっている時、あまりの難しさにつらい気持ちになったことがあります。そのとき彼女があなたはmusicianですよ、と励ましてくれました。一生懸命良い音楽を作っていこうと考えている人は音楽家だというわけです。Rro, amaの違い、上手下手は別であるということはラグビーの状況



チェロ演奏后

と似ていると感じた次第です。ただこれを人に聞かせることは大変な迷惑をかけるわけではいけないことといえます。本業でも勉強とは思いますが趣味が忙しく土曜日も欠席勝ちで反省しています。

和医大山岳部 OB 登山記

泉大津市 河合 長兵衛

皆さん、医学部同級生仲間の同窓会をやっていますか。時々開いていると思います。医学部は人数が少ないうえに、解剖やら臨床実習などで在学中の交流が多いので、卒業後も会合をもち旧友を深めていることでしょう。ところが、クラブ活動の同窓会となると稀で、それも、卒後3・40年もしてからというのはめったにないでしょう。

それが和歌山医大の山岳部が実現させたのです。34年卒から45年卒のOB、15名に案内を出したところ、なんと10名が参加してくれました。整形外科3、外科2、内科2、小児科1、産科1、精神科1で、みんな還暦をこえています。平成17年3月6日・日曜日の早朝、海南市に集合しましたが、その懐かしい顔、顔、顔・・・、とても40年ぶりとは思えないぐらい、みんな澁刺として、そ



んな歳には見えません。当然、頭は白く薄く、目尻には皺こそあれ、面影は昔のままで可愛い笑顔に変わりはありません。

当日は他に友人たちを含め総勢15名が野上町・小川の八幡宮に車を置き、いよいよ9時半出発、目的地は生石山です。「おいしやま」と読みます。和歌山県を代表する素晴らしい



きつつき山荘にて
前列中央は主の岩瀬氏で自然そのままの生活をし、生石山の保護につとめている。



山頂にある生石神社にて
後方には巨岩があり、これが御神体である。



山頂付近を歩く
前日の積雪が美しく、一行は元気をとりもどした。

標高 870 メートルの高原で、頂上には巨大な岩を御神体とする生石神社が鎮座し、あたり一面ススキが自生しているので、特に秋の月見のころは賑わいます。

元登山家とはいえ、何十年も歩いていないので心配しましたが、全員がんばって約3時間で頂上を極めました。途中、高露橋、大観寺、シラカシの大樹、竜王水を見ながらの細い山道はかなりの急坂で、あえぎあえぎ歩を進めました。杉林、雑木林を過ぎると、山はなんと薄化粧で吾々を迎えてくれたのです。そうです。前日の降雪が解けずに残り、一面の銀世界の綺麗だったこと、大満足で大感激とはこのことです。

昼食は「生石山の草原保存会」の理事長の住む「きつつき山荘」のお世話になり、フキノトウ・セリ・ヨモギの天麩羅に舌鼓をうち、飲めや歌への大宴会になりました。この保存会はNPO法人で、近年、ともすれば荒れがちのススキ草原に活力をあたえ、キジ・ホトトギスなどの野鳥、スミレ・ヒメユリな

どの植物、アゲハ・ジャノメなどの蝶類、タヌキ・イノシシなどの動物を守ろうと集まった人たちです。絶滅の危機にある動植物も沢山あるそうです。山荘はすべて手作りで、柱や梁は珍しい自然木で組まれ、暖房・風呂は薪ですし、食堂のガラス越しにヤマガラ・ホオジロなど愛らしい小鳥がやってきて手のひらにとまります。まるで都会を離れた別天地です。

帰りは別の道を迂回し、旧札立峠を経て、みかん畑の間を約2時間半、満開の梅の香りに包まれ、紀ノ川を遠く下に眺めながら全員無事小川宮に帰りました。楽しく有意義な一日に、みんなの顔は少しの疲れもなく、真っ赤な頬は夕日に輝いていました。そして「またこんな企画をしてほしい」と、幹事の先生にお願いして、夫々の車で帰途に着いたのです。

Auf Wiedersehen ! 有難うございました。

平成 16 年度

第 1 回理事会〔平成 16 年 6 月 5 日〕

§ 報告事項

(1) 新理事紹介 (松矢会長)

青木 誠、石田文明、今井 秀、岸本成人、黒川隆彦、古瀬洋一、坂口光輝、阪本邦夫、白川貴浩、中川浩彰、永田行男、前中孝文、榊田 理、三浦光也、三村和博、森 泰壽、山口康二の 17 名の新理事が松矢会長より紹介され、出席者による挨拶が行われた。

(2) 会報 30 号の発刊について (丹羽理事)

会報 30 号が 6 月中に発行予定であり、協賛広告掲載予定の 38 社の紹介があった。

(3) 参議院選挙に関連して (石井理事)

平成 16 年 7 月 11 日投票の、次期参議院選挙に、日本医師会理事の西島英利氏が立候補予定であるとの報告があり、選挙における会員の協力を要請する、との発言があった。

(4) JCOA 専門医制度検討委員会報告

(H16.3.7 東京) (長田理事)

JOA は、日整会専門医制度の最終案として、必要な研修単位を 5 年間で 50 単位、14 分野を各 1 回以上受講、JOA 学会への参加を義務化し学会出席単位を新設、70 歳以上の研修義務化、と決定したが、JCOA として、JCOA 学会への学会出席単位も認めてもらうよう再度要請するとの説明があった。

(5) JCOA 会則等検討委員会報告

(H16.3.14 東京) (長田理事)

JCOA 役員の前年に関する会則の変更についての提案があったとの報告。

(6) JCOA 医療システム委員会報告

(H16.3.20 広島) (長田理事)

JCOA の会員資格と各都道府県の会員資格との関係を明確化することや、一医療施設内で複数の JCOA 会員がいる場合の資格について今後検討するとの報告があった。

(7) JCOA 理事会報告

(H16.4.25 東京) (長田理事)

- ①現在会員数は 5,319 人、名誉会員 74 人、合計 5,393 人であるが、各都道府県でさ

らなる会員の獲得を目指してほしい。

- ②次期診療報酬改定に向けて、運動器リハの概念を診療報酬のなかにもち込むことを要望する。介護保険の要支援、要介護 1 に分類される人に、運動器リハを行い、機能の改善を図るとともに、医療保険にとりもどすことが目的である。

- ③ JCOA の公益法人化は不可能なので、中間法人をめざす。

- ④ JCOA 理事の定年制を、「原則として」70 歳とする」ことが決定された。

- ⑤ JCOA としてのドクターバンクを設立することが決定された。

- ⑥今年度の整医協の会費納入と新規加入募集の依頼があった。

(8) JCOA 新旧理事引継ぎ連絡会の報告

(H16.5.15 東京) (長田理事)

JCOA の各役員、各種委員会委員の引継ぎが行われたとの報告があった。

(9) JCOA 裁定委員会近畿ブロック代表の件 (長田理事)

JCOA 裁定委員会の委員推薦の方法について検討し、近畿ブロックでは、各県持ち回りとすることが決定された。

(10) JCOA 組織拡大委員会

(H16.3.7 東京) (福井理事)

JCOA の新規会員獲得とともに、現会員の名簿を充実するとの報告があった。

(11) 第 43 回近畿ブロックの報告

(H16.4.17 尼崎) (早石理事)

- ① JCOA の新理事として近畿ブロックより、長田、澤田、佐藤先生を推薦する。

- ②平成 18 年 6 月に、京都府において第 19 回 JCOA 学会が開催される。

- ③平成 19 年 滋賀県において第 14 回 JCOA 研修会が行われる。

(12) JCOA 理事各種委員会委員決定の件

(松矢会長)

JCOA 理事：長田明 (全国医)、澤田 出 (地区)

JCOA 代議員：松矢浩司、早石雅宥、栗本

一孝、小林正之

JCOA 予備代議員：黒田晃司、右近良治、西川正治、吉田研二郎

(13) 平成 16 年度研修会の報告 (栗本理事)

第 1 回研修会 (147 回) N・R・リ

日時：H16. 4.10 (土) PM 4 : 00 ~

会場：大正製薬株式会社大阪支店 (大正)

総合司会 栗本副会長

特別講演：「ヒアルロンサンの関節内注入療法について」

講師：近畿大学医学部整形外科 名誉教授
田中清介先生

座長：村上白土 参与

参加 62 名

第 2 回研修会 (148 回) N・S・リ・日医スポ

日時：H.16. 5.29 (土) PM4 : 00 ~

会場：ウェステインホテル大阪 (エーザイ)

総合司会 澤田理事

演題：「人工関節手術におけるナビゲーションとロボット支援手術」

講師：大阪大学整形外科 講師
菅野信彦先生

座長：右近理事

演題：「スポーツ科学からみた変形性膝関節症」

講師：九州大学病院 リハビリテーション部
助教授 三浦裕正先生

座長：広瀬理事

参加 273 名

(14) 高槻市の「骨と関節の日」の行事予定
報告 (古賀理事)

日時：9 月 12 日 (日) 午前 9 ~ 12 時

場所：高槻市市民会館

講演：「たかが腰痛されど腰痛」

講師：大阪医大整形外科 講師
金 明博先生

高槻市市民健康フェアと共催

責任者：古賀教一郎先生

(15) 高石市の「骨と関節の日」の行事予定
報告 (黒田理事)

日時：10 月 6 日 (水) 午後 2 時 ~ 4 時

場所：高石市市民文化会館・アブラホール・
小ホール

講演：「腰痛について」

講師：小嶋整形外科クリニック

院長 小嶋 肝 (みはる) 先生

イベント：骨密度測定検査

責任者：広瀬一史先生

(16) 大阪市内の「骨と関節の日」の行事予
定報告 (小林・天野理事)

①大阪府医師会館

日時：10 月 2 日 (土) 午後 2 ~ 5 時

場所：大阪府医師会館

講演：未定

講師：未定

責任者：藤本啓治先生

②東住吉区

日時：10 月 2 日 (土) または 9 日 (土)

午後 2 ~ 5 時

場所：東住吉区民ホール

講演：「腰痛と骨粗鬆症」

講師：星が丘厚生年金病院整形外科
川合先生

イベント：骨塩測定検査

責任者：天野敬一先生

(17) OCOA からの出務手当の取り決め説明
(栗本理事)

役員東京出張の際の出務手当てに関する取
り決めの説明があった。

(18) JCOA 平成 16 年度第 2 回代議員会の報
告 (H16.5.16 東京) (松矢会長)

品川プリンスホテルにて行われた代議員会
の報告があった。

(19) JCOA 平成 16 年度総会の報告
(H16.5.16 東京) (松矢会長)

品川プリンスホテルにて行われた総会の報
告があった。

(20) JCOA 社保委員会報告 (H16.5.30 東京)
(天野・岩本理事)

品川プリンスホテルにて行われた委員会の
報告があった

(21) 第 39 回 OCOA ゴルフコンペについて

(吉田理事)

5月23日、北六甲CCにて開催された春季ゴルフコンペの結果報告があった。優勝は長嶋哲夫先生、2位は山本哲先生であった。また、コンペ希望開催場所、コンペ希望開催月、ゴルフ旅行に関するアンケートの集計結果報告があった。

(22) OCOA 会員懇親旅行について

(古賀理事)

中断されている会員懇親旅行を再開したいとの提案があった。

§ 協議事項

(1) 会報の広告についてお願い

(丹羽理事)

会報30号が6月中に発行予定であり、協賛広告をさらに募集したいとの発言があった。

(2) 会長の事務経費について (黒田理事)

会長の事務経費は多額になる事が多く、また、個人会計と区別しにくい部分もあるため一定額を支給してはどうか、という提案がなされたが、賛否の結果、今までどおり、実費請求をしていただくこととなった。

(3) 研修会の6月以降の予定と役割分担

(栗本理事)

平成16年度

第3回研修会 (149回) N

日時: H16.6.26 (土) PM4:00～

会場: ホテル阪急インターナショナル(小野)

総合司会: 矢倉理事

演題: 「転移性骨腫瘍に対する整形外科的治療」

講師: 姫路赤十字病院整形外科 部長
青木康彰先生

座長: 中嶋理事

演題: 「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療法の選択」

講師: 久留米大学整形外科 教授
永田見生先生

座長: 松矢会長

第4回研修会 (150回) N・R・リ

日時: H16.7.17 (土) PM:4:00～

会場: ウェステインホテル大阪 (大塚製薬)

総合司会: 斧出理事

演題: 「関節リウマチ診断治療における新たな検査マーカー」

講師: 近畿大学医学部堺病院整形外科教授
菊池 啓先生

座長: 山本哲理事

演題: 「後方進入脊椎内視鏡手術の課題と展望」

講師: 和歌山県立医科大学整形外科 教授
吉田宗人先生

座長: 田上理事

情報交換会司会:

第5回研修会 (151回) N・S・日医スポ

日時: H16.8.28 (土) PM4:00～

会場: ヒルトンホテル (旭化成)

総合司会: 岸本理事

演題: 「筋骨格系慢性疼痛の心とからだ～機能性疼痛に対す心療内科的アプローチ」

講師: 日本大学医学部内科学講座内科一 講師
日本大学板橋病院心療内科 科長
村上正人先生

座長: 栗本理事

演題: 「舟状骨骨折の診断と治療～スポーツ外傷との関連を含めて～」

講師: 大阪市立大学整形外科 助教授
香月憲一先生

座長: 柴田理事

情報交換会司会: 黒川理事

第6回研修会 (152回) N・R・リ

日時: H16.9.25 (土) PM4:00～

会場: ヒルトンホテル (第一製薬)

総合司会: 柴田理事

演題: 「骨折に対する手術法の選択 (内固定 VS 創外固定)」

講師: 清恵会病院整形外科 部長
坂中秀樹先生

座長: 斧出理事

演題：「関節リウマチの薬物療法と足部の治療 ～当院における最近の成績から～」

講師：大阪厚生年金病院整形外科 部長
大脇 肇先生

座長：早石理事

情報交換会司会：白川理事

第7回研修会（153回）

日時：H16.10.23（土）PM4：00～

会場：ヒルトンホテル（帝人）

総合司会：阪本理事

演題：「クリニカルパス再考－人工股関節置換術パスを施行してみて」

講師：関西医科大学リハビリテーション科
講師 菅 俊光先生

座長：矢倉理事

演題：「関節リウマチのEBMに基づく外科的治療」

講師：大阪大学応用医工学 助教授
菅本一臣先生

座長：三村理事

情報交換会司会：増田理事

第8回研修会（154回）

日時：H16.11.13（土）PM4：00～

会場：グランキューブ大阪（久光）

総合司会：今井理事

演題：「痛みのメカニズムと治療」

講師：大阪医科大学麻酔科 教授
南 敏明先生

座長：中川理事

演題：「肩肘スポーツ障害の超音波診断」

講師：名鉄病院整形外科 部長
杉本勝正先生

座長：小林副会長

情報交換会司会：古瀬理事

(4)「運動器疾患／骨・関節セミナー（仮題）」 について (松矢理事)

株式会社メヂカルビュー社より、一般臨床医むけのセミナー「運動器疾患／骨・関節セミナー（仮題）」を全国11都市で開催する予定であり、開催地の臨床整形外科医会にも共

催していただきたいとの申し入れがあった。大阪市でも開催予定であり、OCOAにも共催依頼があった。理事会は賛成多数にて了承した。

(5) 腰部脊柱管狭窄症の患者さん実態調査の依頼について (松矢理事)

大阪、奈良、和歌山地区において、腰部脊柱管狭窄症の患者さんの実態調査を実施するため、各医療施設に、腰や足に痛みを訴える患者さんへの問診表を用いた調査を依頼することが提案され、理事会は賛成多数にて了承した。

(6) 武田十四也先生の新理事推薦の件 (早石理事)

武田十四也先生（松原市にて開業）の履歴紹介があり、全員の賛同を得て了承された。

(7) 理事役員分担について (松矢理事)

会長：松矢

学術／広報：栗本副会長

学術、研修会委員会：

長谷川、新田、石井、吉田、西川、
山本哲、田上、柴田、岸本、阪本、今井、森、
石田、坂口、三村、三浦、黒川、白川、
榊田、中川、右近

広報：

丹羽、前野、須藤、山本哲、宮田、河村、
斧出

インターネット：

澤田、吉川、西川、岸本、右近、三村

総務／庶務：早石副会長

渉外、議事録：

坂本、三橋、小松、古賀、首藤、甲斐、
原田、山本光、福井、矢倉、五島、田上、
中嶋、藤本、宮田、大島、青木、古瀬、
山口、前中、永田

理事会、会場：

斧出、越宗

福祉、厚生：

吉田、孫、北野、長嶋

会計：

森本、黒川

保険／運動器の10年：小林副会長

保険医療：

天野、岩本、三橋、長田、服部、八幡、
茂松、石井

骨と関節の日：

黒田、天野、広瀬、大島、中島、古賀、
藤本

(監事)：服部 良治、小松 堅吾

(議長)：堀木 篤

(副議長)：佐藤 利行

(裁定委員)：古中 正好、三橋 二良、

孫 瑠権

大阪府医師会・医学運営委員会：

小林 正之

大阪府医健康相談医：反田 英之、

新田 望

第2回理事会（平成16年9月4日）

§ 報告事項

1. JOA 医療システム委員会（7/2）と「骨と関節の日」の記者説明会（9/2）報告

【長田】

- 1) 全国から報道関係者を招いて講演と本年度の活動について説明が行われた。
- 2) 10月8日に電話相談を行うが転送システムを利用して遠方まで出かけて待機せずに行えるように検討中である。
- 3) 平成17年度はスポーツと整形外科をテーマに行う。

2. JCOA 理事会（7/4）報告【長田、澤田】

3. JCOA 医療システム委員会（7/10）報告

【長田、澤田】

4. JCOA 理事会（8/29）報告【長田、澤田】

- 1) 現在のJCOA会員数は5,478名。今年度退会者は15名で、閉院・廃業が含まれる。倒産に至らないまでも厳しい情勢が伺われる。
- 2) JCOAのアンケートに是非回答していただきたい。
- 3) 健康フロンティア戦略（自民党）は整形外科にとっては必ずしも得はなく、

危機感を持っていただきたい。パワーリハビリテーションは高額な機器の購入に絡んでくるので慎重な見極めが必要であろう。

5. 2004年度日本理学診療医学会（7/9）報告

【坂本】

- 1) 来年度より名称が日本運動器リハビリテーション学会に変わる。
- 2) 平成16年度の会員数は1,122名で、減少傾向にあるので未加入のOCAO会員の入会をお願いしたい。

6. JCOA 福祉委員会（8/8）報告 【吉川】

- 1) JCOA 総合福祉制度のグループ保険制度について説明があった。大阪の加入率が低く（加入率17.0%でワーストテンの7位）目標に達していない。最低限でよいので加入して欲しい。
- 2) 福井県の豪雨災害での被災会員へ支援を行う。
- 3) JCOA 会員間で医療機器などの価格情報を交換できるシステム作りを進めている。現在のMLでは情報源の個人が特定されるので問題である。

7. JCOA 組織拡大委員会（8/1）報告【福井】

8. 「骨と関節の日」の今年度イベントの経過について報告

【黒田、小林】

- 1) 萬有製薬のMRを通じてポスターを各医療機関に配送中なので届き次第掲示してほしい。
- 2) 個人宛の案内の葉書をひとり30枚ずつ発送してください。
- 3) 10/6 高石市民文化会館の手伝い3名を決めたい。
- 4) 10/2 大阪府医師会館の手伝いも決めたい。
- 5) 萬有製薬から50万円の助成を頂いているが用途について検討している。

9. 第1回JCOA「骨と関節の日」委員会（7/25）報告

【黒田】

- 1) 詳細はホームページをご覧ください。

10. JCOA 会則等検討委員会報告 【澤田】

- 1) 各県と整合性のある統一された組織構造になる必要がある。
 - 2) 各県の会則の統一に向けて話し合いを進めていく。
 - 3) 中間法人設立をめざしていく。
11. OCOA 会報 30 号の出版について【丹羽】
- 1) 多数の投稿をいただいたおかげで充実した 30 号を出版することができた。
 - 2) バックナンバーの在庫があるので新入会員にはお送りしている。
12. 「地区代表と若手会員との懇談会」の報告【松矢】
医整会へ入会するよう要望が行われた。
13. 参議院選挙 (7/11) の報告【松矢】
西島英利候補の得票数について報告された。大阪では目標数には達しなかったものの他府県に比べて得票は多く、植松日医会長のお膝元として健闘したといえると総括された。
14. ファックスシステム FNX (リクルート) 採用の報告【松矢】
15. 16 年度「骨と関節の日・大阪府民公開講座」における後援と名義の使用並びに助成について【松矢】
16. 第 1 回無床診ワーキンググループ委員会報告【矢倉】
- 1) 矢倉先生が全国区委員になられたので各県代表としての OCOA 代表を決めなければならない。会長と矢倉先生で人選を進めることになった。
 - 2) 年会費 5,000 円が必要。徴収方法について議論した。
17. 研修会報告【栗本】
平成 16 年度第 3 回・第 4 回・第 5 回研修会の報告があった。
18. 16 年度第 2 回 JCOA 社保委員会報告【岩本】
- 1) 外保連を通じて診療報酬の新設、改正を求めている。新設要求は①運動器リハビリテーション②ギプス包帯管理料③透視管理料④小児・乳児加算 (小児

科から要求があったので整形外科としては見送り)。改正要求は①通減性の完全撤廃②再診時 MRI 読影料。

- 2) 特定材料としてプラスチックギプスや弾力包帯を認めるよう要求することも議題になったが見送られることになった。

19. JOA 裁定委員会報告【服部】

今年度、医道審議会の答申を受けて厚生労働省が行政処分を行った医師のうち 2 名が JOA 会員であった。JOA としての処分を検討している。

20. ゴルフコンペについて【吉田】

秋のコンペの案内と参加の呼びかけが行われた。

§ 協議事項

1. 運動器の 10 年、骨と関節の日の今後の費用について【黒田】

萬有製薬と府医師会から援助がありますが、このイベントを運営するにあたり人件費が問題となります。そこで、講師の先生には 3 万円を謝礼としますがその他の先生には無料奉仕でお願いすることになりました。

2. 研修会の総合司会者が、情報交換会の司会もしてはどうかという提案が、柴田理事から提出されました。研修会の総合司会者が、情報交換会の司会もすることが了承されました。

3. 12 月 11 日運動器疾患骨、運動器フォーラム大阪会場の座長の選出について
小林、栗本、坂本先生が座長をすることに決まりました。

4. 研修会の予定

平成 16 年 9 月 25 日 ヒルトンホテル

10 月 23 日 ヒルトンホテル

11 月 13 日 グランキューブ大阪

平成 17 年 1 月 29 日 全日空シェラトン

2 月 12 日 ヒルトンホテル

3 月 26 日 帝国ホテル

4 月 29 日大 正製薬大阪支店

以上今後の研修会の日程と開催場所です。

5. 有床診療所の委員募集 (松矢)
孫先生以外ということで、新しい委員の
選をすることになりました。

6. 11月20日医療経営セミナー開催の承認
を求める件 (松矢)
日本経営の講師を招いて、ホテルニューオ
オタニにて開催することが承認されました。

第3回理事会(平成16年12月4日)

§ 報告事項

(1) JCOA 医療システム委員会報告

(H16.1.17 東京)(長田理事)

- ①各県臨床整形外科医会会則とJCOA会則との整合性を高める依頼を行なう。
- ②整形外科医療周辺問題(資料集)Vol.2のHPへの掲載(会員のみOPEN)CDは実費配布。
- ③整形外科医療周辺問題(資料集)Vol.2の配布方法については、各県代表者にアンケートを行う。
- ④JOA、JCOA医療システム委員会合同懇談会につて、平成17年2月11日(祝)を提案。(資料集)Vol.2、{代替医療}の件、いわゆる[捻挫]の件。
- ⑤平成16年度全国柔整審査委員懇談会につて、当日の全体のまとめをJCOA会誌に掲載予定。
- ⑥顧問弁護士との懇談受領委任払いの件。
- ⑦保険者機能を推進する会のパネルに藤田先生が出席。

(2) JOA 医療システム検討委員会報告

(H16.11.26 東京)(長田理事)

- ①平成17年度「運動器の10年・骨と関節の日」記念事業について記者説明会のテーマは「スポーツと整形外科」で説明者は落合教授の予定、各都道府県の行事の問合せは各都道府県で、電話相談も本年どおり。
- ②整形外科医療の周辺問題(資料集)

Vol.2を各委員に配布。

③JCOAとの合同委員会は2月11日に決定。

(3) JCOA 医療システム委員会報告

(H16.11.27 東京)(長田理事)

- ①鍼灸師が受領委任を求めて起した訴訟について厚労省上田事務次官よりの説明(原告敗訴)
- ②日本ペインクリニック学会に鍼灸・柔整二人の名前が2名あるが入会事務手続きに関して詳細を問い合わせる予定
- ③保険者機能を推進する会シンポジウムに藤田先生が参加
- ④浜西教授のシンポジウムの内容確認とこれに対する注意喚起の予定
そのほか会計監査院に再度要望・超音波問題について、など

(4) JCOA 全国柔整審査委員懇談会報告

(H16.11.28 東京)(長田理事)

- ①柔道整復師の歴史、酒井先生 整骨医と柔道整復師は別物であるとのこと
- ②千葉地裁の判決について 厚労省上田事務次官
- ③意見交換討議 保険者の目覚めが必要

(5) JCOA 学術研修専門医制度委員会報告

(H16.9.5 東京)(右近理事)

- ①第78回日整会について
パネル1「運動器リハビリテーションの検証」
座長 藤野 圭司先生
星野 雄一先生
パネリストはJCOAから2名
(角南理事長と北先生)
 - パネル2「運動・スポーツによる健康増進」
座長 龍 順之助先生
立入 克敏先生
パネリストはJCOAから3名
(大場、鶴田、畑野各先生)
- 教育研修講演1.
「平成16年度診療報酬の改定と今後の問題点」
講師：佐藤 章(ユートブレーション顧問)
座長：那須 耀夫先生

教育研修講演2。(12月5日決定予定)

②第79回日整会について(平成19年度)
(12月5日決定予定)

③JCOA学会、研修会開催地の決定
学会 研修会

平成17年18回宮崎市 32回千葉市
平成18年19回京都市 33回東北(福島)
以後は各ブロックをお願い

平成19年20回東北 34回近畿
平成20年21回中四国 35回中四国

平成21年22回北海道・中部 36回九州

④JCOA学術賞、地域功労賞の選出
(12月5日決定予定)

⑤⑥学術ビデオ、書籍の企画依頼について
(12月5日の会議で相談予定)

平成19年第34回研修会について、(来年の4月近畿ブロック会議にて確認を)滋賀で開催の方向で

(6)-1 平成16年度JCOA保険審査委員会
議報告

(H16.9.11 東京)(岩本理事)

①平成16年度改定の問題点

『急性発症した脳血管障害等の疾患』
『肺血栓塞栓予防管理料』について

②平成14年度改定以降の問題点
理学療法、消炎鎮痛処置、採形ギプス料、
慢性疼痛疾患管理料などについて

③講演会 愛媛大医療情報部 石原教授
医療保険の設計の問題
株式会社の参入の問題

(6)-2 平成16年JOA保険審査委員会
議報告

(H16.9.12 東京)(岩本理事)

手術の分野が中心、全国の審査員の意見交換

特別講演 厚労省 麦谷氏

(6)-3 平成16年第3回社保委員会

(H16.11.28 東京)(岩本理事)

報告事項

①JCOA外保連要望事項としてギプス包
帯指導管理料、幼少児整形外科処置加算、

通減制の撤廃、特定疾患指導料の対象疾患の拡大、プラスチックギプス加算など
JOAから術中のレントゲン検査、同一視野の複数手術の加算、整形外科の鏡視下手術の一律加算など

日本運動器リハビリテーション学会から再診時、他医で撮影したMRI読影料の算定、弾力包帯など

②肩関節学会からの要請により外保連新規登録の記載内容の訂正を行なった

③「混合診療」に対する外保連、内保連の対応の説明(確認未了)

④内保連から新規追加の必要性のある生体検査として頸部MR特殊撮影、頸部MR単純撮影

⑤レセプト調査総括表調査報告
入力方法の工夫の紹介

⑥外保連からの「技術評価の適正化の為の手術に関する調査」に対する協力

協議事項

①平成17年度外保連要望事項は例年通り募集する予定

②平成17年度整形外科審査委員会議では混合診療、DPC化の影響などを見て今後検討を行なう

③ポジティブリストについては会長に一任

④平成18年度診療報酬改定に向けて具体的な方向は見えてこなかったとの話

⑤医業経営委員会(12月5日)

(7)平成16年度各県代表者会議報告

(H16.10.10 札幌)(松矢会長)

第31回日本臨床整形外科医会研修会が行なわれ約500名の参加が得られた

正会員 5,427名 名誉会員 78名

合計 5,505名であり 大阪 419名 福岡 338名 東京 297名 兵庫 280名 神奈川 270名・・・群馬 34名 長野 35名 鳥取 41名

また医政協会入会状況は 福岡 207名 61.7%で大阪は137名 29.9%で加入率27番目であった

会議でも混合診療が問題となっていた

(8) 整形外科周辺問題資料集第2号の送付
の件 (松矢会長)

12月11日のセミナーの連絡にあわせて配布をお願いした

(9) 北六甲カントリークラブゴルフコンペ
結果の件 (H16.11.21) (吉田理事)

西コースで24名6組の参加者で行なわれ優勝は濱田先生、準優勝は長嶋先生

(10) JCOA 近畿ブロック会議報告
(H16.11.6 奈良) (松矢会長)

大阪から12名の参加

会議で長田理事はJCOA理事会の報告、黒田理事は「骨と関節の日」の報告、吉川理事はJCOA福祉委員会の報告

兵庫県が提出した近畿ブロック会議則(案)に対する意見があれば、長田理事または松矢会長まで

次回滋賀主催で平成17年4月16日に開催、次々回は大阪主催の予定

(11) JCOA 混合診療問題検討会報告
(H16.11.23 東京) (松矢会長)

慶応大、東京医科歯科大、愛媛大の教授、日医副会長、エコノミスト、厚労省の方と混合診療について会合

日本医師会会長に対し決議文を作成し提出予定

(12) 平成16年度研修会の報告(第6-第8
回) (栗本副会長)

第6回研修会(152回)

日時: H16.9.25(土) N・R・リ PM4:00~

会場: ヒルトンホテル(ペーリンガー・第一)

総合司会: 柴田理事

演題: 「骨折に対する手術法の選択(内固定 vs 創外固定)」

講師: 清恵会病院 整形外科 部長

坂中秀樹先生

座長: 斧出理事

演題: 「関節リウマチの薬物療法と足部の治療~当院における最近の成績から~」

講師: 大阪厚生年金病院 整形外科 部長

大脇 肇先生

座長: 早石副会長

参加: 178名

第7回研修会(153回)

日時: H16.10.23(土) PM4:00~

会場: ヒルトンホテル(帝人)

総合司会: 古瀬理事

演題: 「人工股関節置換術におけるクリティカルパス~リハビリテーション医の立場からの再検討~」

講師: 関西医科大学リハビリテーション科
講師 菅 俊光先生

座長: 矢倉理事

演題: 「関節リウマチのEBMに基づく外科的治療」

講師: 大阪大学応用医工学 助教授
菅本一臣先生

座長: 三村理事

参加: 227名

第8回研修会(154回)

日時: H16.11.13(土) N・S・日医スポ
PM4:00~

会場: グランキューブ大阪(久光)

総合司会: 今井理事

演題: 「痛みのメカニズムと治療」

講師: 大阪医科大学麻酔科 教授
南 敏明先生

座長: 中川理事

演題: 「肩肘スポーツ障害の超音波診断」

講師: 名鉄病院整形外科 部長

杉本勝正先生

座長: 小林副会長

参加者: 215名

(13) JOA 代議員会報告

(H16.10.20 東京) (早石理事)

台風のため九州からの先生は欠席が殆ど。混合診療のWGより越智教授に内容について打診があったとの報告 元九大の杉岡教授が「日医が混合診療に反対している」のでこれを踏襲するべきと、

山本理事長から外保連からの手術に関する

調査、相談があるときには慎重の対応してほしいとのこと

(14)・(15)「運動器の10年と骨と関節の日」 報告

(H16.11.13 大阪) (黒田理事、小林副会長)

高槻市民講座

担当 古賀理事

日時 9月12日(日)

午前10時40分～午後4時

場所 高槻現代劇場

演題と講師

「たかが腰痛されど腰痛

－わかりやすい腰痛講座」

大阪医科大学・金明博先生

司会・稲毛会員

参加者 2,800名(市民健康フェア)

講演会 500名 骨量測定 500名

体力測定 327名

担当者評：

OCOA会員8名と非会員の高槻市医師会整形外科部会員1名が参加し、体力測定には三田村会員と白藤会員が当たり、骨密度測定器4台を用意し、被測定者の整理に陸本会員、測定結果の説明には池浦会員、梅原会員、茨木市から応援の大島理事と古賀理事、高槻市整形外科部会土居会長が当たり、総轄は服部理事でした。

骨密度測定には会場とともに列ができて、600枚の整理券が瞬く間になくなり、特に人気がありました。

大阪府民公開講座

担当 藤本理事

日時 10月2日(土)午後2時～

場所 大阪府医師会館

演題と講師

①「骨粗鬆症を中心とした高齢者の腰痛症について」

岸本整形外科・岸本成人先生

②「若年者と育壮年者の腰痛症について」

やまぐちクリニック・山口康二先生

参加者 131名、骨量測定 80名

医療相談 若干名

東住吉区民講座

担当 天野理事(区医副会長)

日時 10月2日(土)午後2時～4時

場所 東住吉区役所大会議室

演題と講師

「腰痛と骨粗鬆症」

星ヶ丘厚生年金病院・河井秀夫先生

参加者 141名、骨量測定 30名

医療相談 14名

高石市民講座

担当 廣瀬理事

日時 10月6日(木)午後2時～4時

場所 たかいし市民文化会館アプラホール・小ホール

演題と講師

「中高年の腰痛症について」

小嶋整形外科クリニック・小嶋 肝先生

参加者 180名、骨量測定 150名

医療相談 67名

アンケートの集計 4会場で合計247名

全体的印象について 役立った 87%

専門性について 適当である 81%

今後の治療の参考にしたいと思いますか

94%

今後のテーマについてリハビリ全般 38%

手足のしびれ 29%

(16) 議事録担当委員会報告

(H16.11.13 大阪) (福井理事)

第153回研修会の前に 出席者は12名

理事会会議の発言時には挙手と氏名をお願いしたい

議事録は理事会のMLにて各理事にて確認後送りたい

栗本副会長より文責は？

議事録発表の際は会長名ではなく議事録担当委員名を記入

(17) JCOA 第2回会則等検討委員会報告

(H16.9.26 東京) (澤田理事)

①第3回理事会(8月29日)報告

「規則類集 15 JCOA 学会開催要項の一部変更」は「9項 学会は原則として毎年の6月中の日曜日に開催する」は削除

JOA 教育研修講演、学会として認定されるためには幅広く行なうことが必要で1日だけの開催では認められないとして最低2日以上開催を要するため

② JCOA の組織強化 那須副理事長を中心に検討、今後の法人化に対して JCOA と各県臨床整形外科医会との関係

各県会則の検討を行い各県臨床整形外科医会は JCOA の「構成単位」であることの認識が重要、会員資格、JCOA 代議員選出規定について各県代表者会議に諮り各県の事情を聴取してもらう方向
各県代表者選出規定についても同様

JCOA 会則の検討 個人県の問題（現在東京、群馬、長野に若干名）三橋理事より以前から問題があり困難を伴うとの話

(18) 経営セミナー

(H16.11.20 大阪) (松矢会長)

第1回医療経営セミナー

講演：日本経営 副社長

出席者数：73名

レセプトの見方 自院のレセプトの傾向

診療行為別リストの利用 来院患者の地区別特性と対策など

§ 協議事項

1. 今後の研修会の司会、座長が栗本理事より各理事に確認された。

早石理事より前回第8回研修会「肩肘スポーツ障害の超音波診断」に非医者（柔整と思われる）の参加者があったことが報告され、今後の対応について討議された。

早石理事より、「研修会の参加者は医師に限定とすべき」と動議があり、これについて全会一致で可決された。

また、対策として同じく早石理事より、非

医者の入場を制限する目的で会場の入口に「会は医師を対象とした研修会である」旨を明記すべき動議があり、これについても全会一致で可決された。

カツコは予定。空白は未定。(敬称略)

	日時	総合司会	第1題座長	第2題座長
平成16年度 第9回	H.17.1.29	森 泰壽	右近良治	栗本一孝
第10回	H.17.2.12	黒川隆彦	山本 哲	石井正治
第11回	H.17.3.26	坂口光輝	中川浩彰	早石雅宥
平成17年度 第1回	H.17.4.9	栗本一孝	三橋二良	
第2回	H.17.5.28	三村和博	五島 淳	松矢浩司
第3回	H.17.6.25	三浦光也	坂本邦雄	早石雅宥
第4回	H.17.7.16	白川貴浩	(西川正治)	小林正之
第5回	H.17.8.20	舛田 理	右近良治	
第6回	H.17.9.24	中川浩彰	栗本一孝	
第7回	H.17.10.22			

2. 平成17年度「骨と関節の日、スポーツ障害」について小林理事より予定テーマならびに、開催候補地区とその代表者、担当者が発表された。(敬称略)

予定テーマ「スポーツと整形外科」

開催候補地区	代表者、担当者
府医師会館	岸本成人
堺市	(中村会長)
羽曳野市	(梶田副会長)
茨木市	大島正義、茂松茂人
住吉区	三橋二良
西成区	森本清一

また講演会にこだわらず医療相談、骨量測定などで整形外科が地区医師会行事に参加してほしい旨が小林理事より各理事に依頼された。

3. 「整形外科を主として標榜する」開業医および私的病院の実態調査

これは JCOA の組織率および会員の増強を目的とした資料作りとして、JCOA より各県代表者に依頼されたものである。また対象者は整形外科を第一標榜し、本人は JOA 会員であることが必須条件である。実態調査は大阪市 25 区と近隣都市 31 地区に分割され、

分割地区に所属している理事に割り当てられた。

文責 中嶋 洋

第4回理事会（平成17年3月5日）

§ 報告事項

(1) JCOA 理事会

(H16.12.12. 東京) [澤田、長田]

- 1) 裁定委員会開催 2名処分
- 2) JCOA 法人化見送り
- 3) 介護予防の問題点パワーリハビリテーションの危険性
- 4) 学校専門相談医への整形外科医の関与
- 5) 会則検討項目

(2) JCOA 会則等検討委員会

(H17.1.16. 東京) [澤田]

JCOA、各県 COA の会則不備事項、今後の対応について

(3) 専門医試験 (H17.1.21. 大阪) [早石]

678名受験 合格率は今後厳しくなる見込み

(4) JCOA 医療システム委員会

(H17.2.11. 東京) [長田]

柔整復師関連について議事録に沿って報告があった。

(5) JOA、JCOA 合同医療システム委員会報告

(H17.2.11. 東京) [長田]

(4)報告と同様の項目について議論があった。

(6) JOA 医療システム検討委員会

(H17.2.11. 東京) [長田]

資料提示あった。

(7) JCOA 理事会報告

(H17.2.20. 東京) [長田、澤田]

正会員数 5,457、大阪 421

JOA 学会功労賞 服部先生に決定

予防介護、地域支援事業他について説明があった。

(8) 第2回『運動器の10年骨と関節の日』

委員会 (H17.1.16. 東京) [黒田]

平成17年度ポスター4種が提示された。

(9) 3月6日組織拡大委員会用 アンケート協力 [福井]

3月6日集計、結果次回報告との説明

(10) JCOA 第2回学術研修専門医制度委員会 (H16.12.5. 東京) [右近]

議事録に沿い説明があった。

JCOA 学術賞、地域医療功労賞に3名の推薦 JCOA 学会、研修会のあり方について他

(11) 日整会の教育研修会受認証明書の様式について (東京) [長谷川]

新受講証明書が提示され、内容説明があった。

(12) 無床診療所部会ワーキンググループ委員会 [矢倉]

JCOA 無床診療所 WG のアンケートについて

全国で500位集まったこと。

更なる協力要請があった。

(13) 平成16年度 OCOA 決算報告 [森本]

資料に基づき説明があり、異議なく了承された。

(14) 2月までの研修会報告 [栗本]

第155回研修会 (H.17.1.29) 178名参加

第156回研修会 (H.17.2.12) 278名参加

(15) 整形外科医実数調査の報告 [松矢]

未加人数

一般開業医 163名

加入率 72%

病院勤務医 (医局派遣医含) 190名

加入率 54%

(16) JCOA 社保委員会報告

(H.17.2.6. 東京) [岩本]

議事録に沿って説明があった。

1) 外保連への要望事項

2) レセプト調査、総括表調査

使えないデータが多いこと

調査協力要請

3) 来年度事業計画

ほか

(17) その他

平成16年度 OCOA 社会保険等検討委員会の件 (H.17.3.5. 大阪) [天野]

- 1) 平成 16 年度活動報告
- 2) 平成 17 年度活動計画
- 3) 情報交換

§ 協議事項

(1) 17 年度 OCOA 予算案について

(森本理事)

栗本副会長より会費等広告収入の前年度実績との差額(約 30 万円)について質問あり。

広告主の取りこぼしの有無で生じる。特に 3 月は担当者が交代する時期の為と回答。(丹羽理事)

小林副会長より、骨と関節の日 PR 費をもう少し増額して欲しい旨、依頼あり。

協議の結果

{	一般会計 収入之部の会費等広告収入を
	1,000,000 ⇒ 700,000
	" 支出之分の理事会・会議費を
	1,800,000 ⇒ 1,500,000
学術会計 支出之部の骨と関節の日 PR 費を	
700,000 ⇒ 1,000,000	
とする事で検討する。	

(2) 17 年度の研修会予定 (栗本副会長)

■第 1 回研修会 (158 回) (大正製薬)

日時: H17.4.9 (土) PM4:00 ~

会場: 大正製薬株式会社大阪支店

総合司会 栗本副会長

- 1) 演題: 「整形外科領域におけるマイクロサージャリーの応用」

講師: 奈良県立医科大学整形外科
名誉教授 玉井 進

座長: 三橋理事

■第 2 回研修会 (159 回) (エーザイ)

日時: H17.5.28 (土) PM4:00 ~

会場: ウェスティンホテル大阪

総合司会 三村理事

- 1) 演題: 「足の外科最近のトピックス (スポーツ障害を含む)」

講師: 奈良県立医科大学整形外科

講師 田中康二

座長: 五島理事

- 2) 演題: 「スポーツ医学と介護予防の実践と教育」

講師: 東京大学大学院教育学研究科身体教育学講座 教授 武藤芳照

座長: 松矢会長

■第 3 回研修会 (160 回) (小野薬品)

日時: H17.6.25 (土) PM4:00 ~

会場: ホテル阪急インターナショナル

総合司会 三浦理事

- 1) 演題: 「骨軟部腫瘍診療における pitfall」

講師: 大阪市立大学大学院医学研究科整形外科 家口 尚

座長: 阪本理事

- 2) 演題: 「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療」

講師: 千葉大学整形外科
助教授 高橋和久

座長: 早石副会長

■第 4 回研修会 (161 回) (大塚薬品)

日時: H17.7.16 (土) PM4:00 ~

会場: ウェスティンホテル大阪

総合司会 白川理事

- 1) 演題: 「低侵襲脊椎手術」

講師: 関西医科大学 講師 笹井邦彦
座長: 西川理事

- 2) 演題: 「リウマチ疾患等の治療における、NSAID の使い方ー副作用発現予防の為にー」

講師: 埼玉医科大学消化器・肝臓内科
教授 太田慎一

座長: 小林副会長

■第 5 回研修会 (162 回) (旭化成)

日時: H17.8.20 (土) PM4:00 ~

会場: ヒルトンホテル

総合司会 柘田理事

- 1) 演題: 「骨粗鬆症性椎体骨折と腰背部痛」

講師: 公立玉名病院 副院長 中野哲雄
座長: 森本理事

- 2) 演題: 「中高年の膝スポーツ傷害」

講師: 星が丘厚生年金病院整形外科
部長 浜田雅之

座長：右近理事

■第6回研修会（163回）（第一製薬）

日時：H17.9.24（土）PM4：00～

会場：ヒルトンホテル

総合司会 中川理事

1) 演題：「医療安全の話」

講師：北摂総合病院 院長

（大阪医科大学臨床教授）木野昌也

座長：栗本副会長

2) 演題：「プロサッカーチームドクターとしての責任と役割」

（副題あり）

講師：福岡重雄

座長：早石副会長

■第7回研修会（164回）（帝人）

日時：H17.10.22（土）PM4：00～

会場：ヒルトンホテル

総合司会 理事

1) 演題：「新しい骨代謝マーカーを求めて：骨代謝マーカーの基礎的な理解と今後の発展」

講師：大阪大学整形外科

講師 橋本 淳

■第8回研修会（165回）

日時：H17.11.26（久光）

■第9回研修会（166回）

日時：H18.1（日本臓器）

■第10回研修会（167回）

日時：H18.2（科研）

■第11回研修会（168回）

日時：H18.3.25（武田）

（3）17年度「骨と関節の日」大阪について
（小林副会長）

予定テーマ「スポーツと整形外科」

開催候補地区	日時	代表者、担当者
府医師会館	10月1日又は8日	岸本成人
堺市		（中村英健堺市医師会整形外科医会会長）
羽曳野市	健康まつりと同時	（増田博羽曳野市医師会副会長）
茨木市		大島正義、茂松茂人
住吉区	健康まつり	三橋二良、岩本晋介
西成区		森本清一

（4）武田十四也先生（国保審査委員）、森下忍先生、理事推薦の件（松矢会長）

早石副会長より

武田十四也先生（昭和55年大阪医大卒、松原市で開院）

森下忍先生（昭和54年大阪医大卒、枚方市で開院）

の御2人を理事に推薦したい旨、動議があり全会一致で可決された。

（5）総会レジメ用出務された先生方の名前チェック（早石副会長）

4月

10日土 大阪臨床整形外科医会総会（大正富山製薬ホール）

参加62名

第一回（147回）OCAO研修会（大正富山製薬ホール）

17日土 JCOA 近畿ブロック（兵庫担当）長田、澤田、松矢、早石、黒田、小林、吉川、栗本

28日日 JCOA 理事会（東京）長田、澤田

5月

16日 JCOA 代議員委員会・総会（東京）長田 澤田 松矢 早石 黒田 小林 栗本

23日 第39回OCAOゴルフコンペ（北六甲カントリークラブ）16名参加

29日 OCAO 学術研修委員会 右近 第2回（148回）OCAO研修会（ウエスティンホテル大阪）参加273名

6月

5日土 第一回OCAO理事会（ニューオータニ）

12～13日 JCOA 学会（筑波）松矢 澤田

28日土 第3回（149回）OCAO研修会（阪急インターナショナル）参加278名

- 7月
- 2日金 JOA 医療システム検討委員会
(東京) 長田
- 3日土 JCOA 新旧役員引継ぎ委員会
(東京) 長田 松矢 澤田
- 4日日 JCOA 理事会 (東京) 長田 澤田
- 10日土 大阪症例検討会
(参天製薬ホール)
早石 右近 吉田
- 17日土 第4回 (150回) OCOA 研修会
(ウエスティンホテル大阪)
参加 163名
- 25日日 JCOA「骨と関節の日」委員会
(東京) JCOA 事務局 黒田
- 8月
- 28日土 第5回 (151回) OCOA 研修会
(ヒルトンホテル) 参加 253名
- 29日日 第2回社会保険委員会
(東京) 岩本
JCOA 理事会 (東京) 長田 澤田
JCOA 福祉委員会 (東京) 吉川
- 9月
- 2日木 JOA 骨と関節の日の記者説明会
(東京) 長田
- 4日土 第二回 OCOA 理事会
(スイスホテル)
- 5日日 JCOA 学術研修専門医委員会
(東京) 右近 長田
- 25日 第6回 (152回) OCOA 研修会
(ヒルトンホテル) 参加 178名
- 11~12日 全国整形外科保険審査委員会会議
(東京) 天野 岩本 上田
長田 石井 服部
- 26日日 JCOA 会則等検討委員会
(東京) 澤田
- 12日日 高槻市民講座 (高槻現代劇場)
古賀 松矢 大島 小林 服部
- 10月
- 2日 大阪府民公開講座 (大阪府医師会)
藤本 岸本 山口 小林 黒田
新田 松矢 森本
- 東住吉区民講座 (東住吉区役所)
天野 森 黒田 山本 広瀬
- 6日 高石市民講座 (アプラホール)
広瀬 小嶋 黒田 山本 小林
長田
- 9~11日 JCOA 研修会 (札幌)
長田 松矢 丹羽 古賀 栗本
各県代表者会議 (札幌)
長田 澤田 松矢
- 17日日 JCOA 医療システム委員会 (東京)
長田 澤田
- 20日 日本整形外科学会 (東京)
- 23日 OCOA 学術委員会
右近 松矢 早石 栗本 小松
長谷川 山本
- 23日 第7回 (153回) OCOA 研修会
(ヒルトンホテル) 参加 227名
- 11月
- 6日土 JCOA 近畿ブロック会
(奈良担当菊水楼)
長田 澤田 松矢 早石 栗本
服部 森本 吉川 黒田 小林
五島 福井
- 13日 第8回 OCOA 研修会
(グランキューブ大阪) 参加 215名
- 20日 第一回経営セミナー
(ホテルニューオータニ)
参加 78名
- 21日 第40回 OCOA ゴルフコンペ
(北六甲カントリークラブ西コース)
24名参加
- 23日 JCOA 混合診療問題討論会 (東京)
長田 松矢 西川
- 26日 JOA 医療システム検討委員会
(JOA 事務局) 長田 澤田
- 27日土 JCOA 医療システム委員会 (東京)
長田 松矢 西川 澤田
- 28日日 JCOA 全国柔整審査委員会懇談会
(東京) 長田 澤田 服部
- 12月
- 4日 第3回 OCOA 理事会

- (ニューオータニ)
- 5日 JCOA 学術研修専門医委員会
長田 右近
- 11日 運動器疾患／骨・関節のフォーラム
(グランキューブ大阪)
栗本 小林 早石 福井 長田
坂本
- 12日 JCOA 理事会 (東京) 澤田 長田
- 17年1月
- 16日 JCOA 会則等検討委員会 (東京)
澤田
「JCOA 骨と関節の日」委員会
(東京 JCOA 事務局) 黒田
- 29日 第9回 (155回) OCOA 研修会
(全日空シェラトン) 参加178名
- 2月
- 11日 JCOA 医療システム委員会 (東京)
長田 澤田
JOA、JCOA 合同医療システム委員会
(東京) 長田 澤田
JOA 医療システム委員会 (東京)
長田
- 12日 第10回 (156回) OCOA 研修会
(ヒルトンホテル) 参加278名
- 12～13日 東北ブロック会議 (山形) 長田
- 20日 JCOA 理事会 (東京) 澤田 長田
- 26日 大阪症例検討会 北野病院ホール
早石 小林 右近 福井
- 3月
- 5日 平成16年度 OCOA 社会保険等検討委員会
天野 岩木 松矢 服部 三橋
栗本 小林 澤田
第4回 OCOA 理事会 (フォントナ)
- 6日 JCOA 組織拡大委員会
- 26日 第11回 (157回) OCOA 研修会
(帝国ホテル大阪)
JCOA 福祉委員会 (東京) 吉川
- (6) 厚生労働省通達による医療機関のレセプト原則開示に関して、接骨院及び介護事業者の関係請求書も開示を義務付けるように厚生労働省に要請する事案

につき、協議をお願いしたい。

(三村理事)

長田理事より、国会議員に働きかけるのは難しいので、JCOA に働きかけましょう。又、皆さん各地区医師会に働きかけましょう。まずは、4月16日近畿ブロック会で JCOA に要望を出しましょうとの発言あり。

(文責 前中)

平成16年度第4回 OCOA 理事会協議事項まとめ
厚労省通達による医療機関のレセプト原則開示に関して、接骨院 (整骨院) の柔道整復師施術療養費支給申請書も含めるように厚労省に要請する事案

協議結果

医療機関や介護事業所のレセプトについては、本年4月より、患者さんが加入する健保組合などに開示を請求すれば、健保組合は、医療機関に通知した上で当該レセプトのコピーを患者さんに手渡すことになる。

しかし健康保険連合会に問い合わせ確認したところ、接骨院 (整骨院) の柔道整復師施術療養費支給申請書については、開示請求にたいして開示義務の指示はうけていないとのことであった。

もし接骨院 (整骨院) の柔道整復師施術療養費支給申請書 (すなわち医療機関におけるレセプト) を多くの被保険者が入手して精査にした場合、受傷名、施術部位や施術日数が明るみに出ることになり接骨院 (整骨院) にとって由々しき事態が現出されることが予想される。このため開示義務が課されないように、厚労省にたいし何らかの圧力が働いたことはいままでの経緯から想像に難くない。

OCOA としては JCOA システム委員会を通じて、厚労省にはたらきかけて、厚労省が接骨院 (整骨院) の柔道整復師施術療養費支給申請書を医療機関同様に原則開示義務を課すように、粘り強く運動していくことが必要であることを確認した。

第 29 回大阪臨床整形外科医会総会報告
平成 17 年度 4 月 9 日（土曜日）大正製薬㈱大阪支店 6 階ホール

平成 17 年度の総会は、17 年 4 月 9 日（土曜日）午後 3 時 30 分から開催された。

事業報告、会計決算報告、事業計画、予算案、新理事の承認などが報告提案され、すべて可決された。

栗本一孝副会長の開会宣言の後、松矢浩司会長の挨拶があった。

議長には堀木篤参与、副議長には佐藤利行理事が推薦された。出席者は 30 名、委任状による出席者は 102 名、合計 132 名であった。現会員数は 435 名で会則 23 条により総会は成立した。議事録署名人に松尾澄正、前野岳敏の両名を議長が指名し議事に入った。

1. 議事

第 1 号議案 平成 16 年度庶務及び事業報告について承認を求める件。

早石雅有副会長報告

- 1) 会員動態 会員総数:435 名 新入会員 22 名、退会者 3 名、訃報なし。
- 2) 研修会は 11 回、セミナーは 1 回、22 の講演により会員の教育研修に大きく貢献したことが報告された。
- 3) 各種会議、出務はますます多くなっており、特に JCOA 理事の長田、澤田代表のご苦勞、御負担の多いことが報告された。これを見ても会員、役員の会務の分担の必要性が理解される。皆様方の更なるご協力をお願いします。
- 4) 福利・厚生事業
恒例の春、秋の 2 回北六甲カントリークラブで行われた。
5 月 23 日 東コース使用 参加 16 名
優勝 長嶋哲夫先生、準優勝 山本哲先生
11 月 21 日 西コース使用 参加 24 名
優勝 濱田茂幸先生、準優勝 長嶋哲夫先生。
二大会とも参加者が少なく淋しくなっている。多数の皆様のご参加を希望する。

5) 広報

第 30 号の会報を発行しました。例年通り大

変な力作で丹羽権平編集長のご尽力、ご苦勞に感謝しております。また骨と関節の日は「運動器の 10 年・骨と関節の日」と改名され高槻市民講座、大阪府民公開講座、東住吉区民講座、高石市民講座の 4 箇所において活発な市民への教育活動を行った。今後の OCOA の重点的活動になることが報告された。

第 2 号議案 平成 16 年度一般会計及び学術会計決算報告

（森本清一会計担当理事報告）

レジメの 10 ページの報告があり小松堅吾幹事の監査報告がなされて、満場一致で承認された。

第 3 号議案 平成 17 年度事業計画案

小泉内閣の言う構造改革が始まって以来年々医師の生活環境の悪化、特に収入は激減の一途をたどっている。私たちは日本医師会の一員として団結して国民皆保険制度の堅持のため努力していかねばならない。OCOA としては組織の強化、学術活動、整形外科の PR、特に骨と関節の 10 年の活動を通じて整形外科の内容を一般の人々に教育していかねばならない。また医業周辺業種への対策にも心配りが必要であることをが提案され承認された。

第 4 号議案 17 年 OCOA 会計予算案

（担当森本理事）

従来通りの予算編成で承認された。

第 5 号議案 新理事承認の件 （松矢会長）

新理事として森下 忍、武田十四也の両氏が紹介推薦され承認された。

以上が第 29 回大阪臨床整形外科医会総会の議事報告である。

〈議事録著名人 署名〉

第 29 回大阪臨床整形外科医会定時総会は、上記の通り相違無く行われた事を認めます。

議 長 堀木 篤 

議事録署名人 松尾澄正 

議事録署名人 前野岳敏 

会員名簿補遺

＜平成 16 年 3 月以降の入会＞（上段：医療機関 下段：自宅）

氏 名	医 療 機 関 名	医 療 機 関 所 在 地 自 宅 住 所	TEL	FAX
はまもと ひろし 濱 本 浩	はまもと整形外科	〒370-0003 守口市大日町 3-1-9 大日フクダビル 202 号 〒531-0063 大阪市北区長柄東 2-1-22-305	06-6900-2600 06-6354-6432	06-6900-2600
かわしま あきら 川 島 聡	川 島 整 形 外 科	〒595-0024 泉大津市池浦町 4-5-41 〒594-0042 和泉市箕形町 1-4-27	0725-23-5600 0725-47-3021	0725-23-9100 0725-47-3021
すぎやま ともし 杉 山 友 悦	すぎやま整形外科	〒579-8003 東大阪市日下町 3-1-5-103 〒578-0911 東大阪市岩田町 4-3-46-507	0729-86-1374 0729-67-1546	0729-86-1374 0729-67-1546
おがわ まさあき 小 川 政 明	(医) 誠昌会整形外科 誠昌会クリニック	〒590-0013 堺市東雲西町 1 丁 1-11 JR 堺市駅 NKビル 1F 〒558-0041 大阪市住吉区南住吉 2 丁目 6-27 ビルトモア住吉長居 804	072-282-5519 06-6606-5806	072-282-5578 06-6606-5806
いたがね ひろあき 板 金 寛 昌	いたがね整形外科	〒545-0022 大阪市阿倍野区播磨町 1 丁目 20 番地 19 号 〒546-0042 大阪市東住吉区西今川 3-14-11	06-6627-1010 06-6706-9339	06-6627-1011 06-6706-9339
いわもと ますのぶ 岩 本 斗 伸	(医) いわもと 整 形 外 科	〒544-0033 大阪市生野区勝山北 5 丁目 1 番 12 号 〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町 12 番 13 号 1610	06-6716-2737 06-6761-2100	06-6716-3367 06-6761-2100
は た の いずみ 波 多 野 泉	ハタノクリニック	〒530-0033 大阪市北区池田町 15-6 〒630-0121 生駒市北大和 2 丁目 12-13	06-6351-5078 0743-79-9347	06-6351-9214 0743-79-9347
よしはら まさひろ 良 原 公 浩	良原クリニック	〒536-0004 大阪市城東区今福西 2 丁目 13-12 1F 〒545-0035 大阪市阿倍野区北畠 3-7-20-101	06-6935-2050 06-4398-2175	06-6935-2051 06-4398-2175
かわい だいごろう 河 合 大 吾 郎	(医) 泉 秀 会 か わ い 病 院	〒595-0023 泉大津市豊中町 2-6-5 〒595-0041 泉大津市戎町 6-10	0725-21-6222 0725-32-6328	0725-21-0387 0725-31-3747
すやま こうたろう 陶 山 弘 太 郎	陶 山 医 院	〒547-0006 大阪市平野区加美正覚寺 2-1-9 〒547-0006 大阪市平野区加美正覚寺 2-1-7	06-6792-7540 06-6792-2287	06-6792-5777 06-6792-2287
やまもと やすし 山 本 康	山 本 整 形 外 科	〒576-0036 交野市森北 1 丁目 37-6 〒573-1106 枚方市町楠葉 1 丁目 10-1 ガーデン楠葉 315	072-894-0102 072-857-2690	072-894-0024 072-857-2690
やすだ だいき 安 田 忠 勲	やすだ整形外科	〒532-0032 大阪市淀川区三津屋北 1-33-15 〒560-0026 豊中市玉井町 3-11-25	06-6306-1969 06-6854-0232	06-6306-1969 06-6854-0232
まさだ かずひろ 政 田 和 洋	政田整形外科・ リウマチ科	〒591-8025 堺市長曾根町 779-2 〒659-0055 芦屋市竹園町 5-8	072-246-7570 0797-23-4561	072-246-7571 0797-23-4561
はせがわ きよし 長 谷 川 潔	八 尾 徳 州 会 総 合 病 院	〒581-0072 八尾市久宝寺 3-15-38 〒581-0071 八尾市北久宝寺 1-4-13 グリーンマンション 1024	0729-93-8501 0729-94-8425	0729-93-9955 0729-94-8425
おの こうごろう 小 野 興 三 郎	(医) 小野整形外科	〒563-0028 池田市渋谷 2 丁目 4 番 4 号 サント・ラビーヌ 1F	072-752-3181 0798-73-3184	072-752-7300 0798-73-3184
かねだ たかよし 金 田 隆 義	(医) 五 月 会 青 山 第 二 病 院	〒586-0033 河内長野市喜多町 192-1 〒589-0023 大阪狭山市大野台 7-20-9	0721-65-0003 0723-65-4810	0721-62-3163 0723-65-4810

＜住所訂正＞ 奥田 好彦 診療所 〒586-0009 河内長野市木戸西町 3-1-15

・注：住所、電話番号等の変更は OCOA 事務局までお知らせ下さい。

(平成 17 年 3 月現在)

編集後記

伝統ある OCOA のその年の業績をまとめたこの広報誌は、会員、役員、および研修会の講師の先生方の御協力のもとに成り立っておりますが、これをこのレベルにまで育て上げた、広報担当の責任者 丹羽先生は定年という事で、この 31 号をつくり上げて最後の御仕事になりました。又表に出ていませんが、スポンサーによる協力においても丹羽先生ならではの集金力で、OCO A 広報の予算は充分にうるおっている様です。丹羽先生、10 年にわたる長い間御苦勞様でした。

次回 32 号よりは浅才非力な私が後を引き

受ける事になりましたが、到底このように精力的にこなせる自信がありません。今後は各大学医局の出身の先生方に広く参加していただき、多くの先生方に御協力をお願いして、広報活動を行ってゆきたいと思っております。今後とも会員の先生方の御協力をお願い申し上げます。

(広報担当理事 前野岳敏記)



OCO A の会報はいろいろな方から賞賛されている。それはひとえに丹羽権平先生のお力によることが大きい。私自身、広報委員になって 4 年になるが丹羽先生の足元にも及ばない。学術的な原稿の依頼はもとより心を和ませる趣味や傑作の素晴らしさ、雑誌作成の為の費用を集金する力、雑誌を構成していく上でのタイムスケジュールの緻密さ、どれをとっても今の編集委員だけでは力不足である。今後、前野理事を中心に会報を作ってい

く予定であるが、更に雑誌の充実をはかっていくためにも広報委員の人数を増やしていく必要があると思われる。丹羽先生の迫力を少しでも受け継ぎたいと思っているのでもう少しの間、ご助言の程宜しく申し上げます。

(広報担当理事 山本 哲記)



今回も、たくさんの投稿を寄せていただき、立派な会誌ができあがりました。私も、丹羽先生から、「私の趣味」の欄への投稿を依頼されましたが、すでに幾つか投稿させていただいており、残る趣味は食べ歩きになるので、今回は遠慮させていただきました。次回にでもまた登場させていただきます。

岸本先生の IT に関するお話は、私も同感です。本当に便利なツールなので、出来れば出来るだけ早く、すべての先生方が利用されることを祈ります。実は、理事会のメーリングリストでも、いろいろやり取りがあるのですが、メーリングリストに参加しておられない先生は、そのことは全くご存じない事にな

ります。通信費も安く、双方向に発信でき、迅速に連絡が取れるということで、とにかく理事の先生方から、取り組んでいただけるとありがたいと思っています。

開業して 5 年目になりますが、がむしゃらに仕事に取り組んできました。JCOA の研修会にご夫婦同伴で参加され、旅を楽しんでおられる先生方の投稿を拝見しますと、何時になったら、自分もそんな旅が出来るだろうかと、ふと思う今日この頃です。

(広報担当理事 斧出安弘記)



平成 17 年 6 月 22 日、改正介護保険法が成立した。本年 10 月 1 日から施設の居住費、食費は保険対象から外れて原則自己負担となる。もう一つの目玉は来年 4 月 1 日から実施される「介護予防サービス」で、栄養改善指導、口腔ケア、筋力トレーニングを介護保険で行うことができる。筋トレによって「廃用性症候群」を防ぐことを目的とするという（朝日、6 月 23 日、13 面）。これを受けて 2 大手介護事業者は筋トレマシーンを購入し着々と準備を進めていると聞く。

筋トレは我々整形外科医が最も得意とする分野であるが、日常診療の経験から筋トレに意欲のない人や、痴呆症で協力の得られない人に対する筋トレは無力であると思われる。

理学療法士の三好春樹氏は介護 32 年の経

験から「介護予防」の導入に疑問を持ち、筋力より気力の充実を訴えている（日経、夕刊、7 月 2 日、5 面）。

日本臨床内科医会理事の江頭芳樹氏は老化が単なるトレーニングなどで予防できるのだろうか、老化・介護に対する視点はもっと複眼的でなければならないと述べている（日臨内ニュース、6 月 25 日、2 面）。

厚労省は「筋トレの効果は不透明」という声を受けて、施行後三年をメドに効果を検証する方針だという（日経、6 月 26 日、3 面）。

（広報担当理事 須藤容章記）



今年度研修会報告 20 題のうち 5 題が関節リウマチ関連であった。関節リウマチの研究、治療が進歩している時期なのであろう。新しい治療薬として抗 TNF- α 抗体インフリマキシブ（レミケード）が発売され、これの治療効果、副作用、使用上の注意等が示された。メトトレキサート（MTX）の有効性、使用上の注意も示された。私が整形外科医になった 20 年前は、関節リウマチの治療といえば、NSAID、ステロイド、シオゾールとわずかな DMARDs しかなく、治療成績もあまり芳しくなかったように思う。仕方なくステロイドの使用が増え、ステロイドの副作用に苦しむ患者さんも多かった。現在は、効果

的な治療方法の選択肢が増え、患者さんにとって吉報である。

後藤真先生の関節炎に関する講演の中で、関節への負荷によって破壊された軟骨から湧出したヒト II 型コラーゲンが関節炎を惹起し、ヒアルロン酸注入で抑制されると報告された。最近ヒアルロン酸の有効性を再認識している私にとって患者さん説明に重要な情報が得られありがたいことです。

（広報担当理事 宮田重樹記）





昭和五十一年に阪急豊中駅前に開業して二十九年、O.C.O.Aへ入会させてもらって二十九年、理事になって十七年、広報担当になって十五年、そして理事を七十歳停年で来年四月に罷めるのだ。実際は七十一歳と十ヶ月になっているのだが、一歳一寸余分に奉仕した。後任には前野岳敏理事が引き受けて下さるので、ヤレヤレ。

この十五年間会報の係になって、最初は原稿の集まりが悪くて困った。しかし、米搗きバツタの様に原稿々と頭を下げてお願いした甲斐あって、理事さん達は私の顔を見ると「原稿」と書いてある様に見えるのか、催促なしでも書いてくださる方。一度催促すれば：二度催促して：いや三度：と一般会員には相当の回数お願いしなくてはならぬことが判って来た。こんな歳になっても、判って来る事があったと云う新発見に自分自身喜んでいる。

整形外科開業医が他科（内科・脳外科・神経内科・リウマチ科・麻酔科：）と接骨院の狭間に落ち込んだまま身動きが出来なくなっている現状を打開するにはどうしたらよいか。私もこれだとの解決策がある訳ではないが、整形外科でなければ出来ない治療を押し進めて行くしかないと思っている。次号に広報の責任者と云う立場を離れて、この二十九年間に自らを感じたままを纏めて、会報三十二号に掲載して頂きたいと思っている。

では会員の皆さん、理事諸兄、広報の方々、別けても毎年快く原稿を執筆して下さいました先生方に感謝いたします。そして私の負担を最小限に抑え込んで立派な会報を黙々と刷って下さった大曾印刷さんに謝意を表します。

大阪臨床整形外科医会の更なる発展を念じて。

さようなら

（広報担当理事 丹羽権平記）

後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う下肢疼痛、下肢しびれ、歩行能力の改善に

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

指定医薬品 処方せん医薬品^注

プロレナル[®]錠

〈リマプロスト アルファデクス錠〉

PRORENAL[®]

■薬価基準収載

注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

■特徴

1. 経口投与を可能にしたプロスタグランジンE₁誘導体制剤
2. 血管に作用し、末梢循環ならびに神経組織血流量を改善する。
 - 血管拡張、血流・神経組織血流量増加作用 (ラット、イヌ)
3. 経口投与により、腰部脊柱管狭窄症に対する自覚症状 (下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力を改善するとともに閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの虚血性諸症状を改善する。

4. 副作用発現率

腰部脊柱管狭窄症 9.12% (34例/373例)
〔承認時〕
閉塞性血栓血管炎 4.02% (184例/4,582例)
〔再審査終了時〕

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

妊婦または妊娠している可能性のある婦人〔「妊婦・産婦・授乳婦等への投与」の項参照〕

■効能・効果

1. 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善
2. 後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状 (下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力の改善

■用法・用量

1. 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善には、通常成人に、リマプロストとして1日30μgを3回に分けて経口投与する。
2. 後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状 (下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力の改善には、通常成人に、リマプロストとして1日15μgを3回に分けて経口投与する。

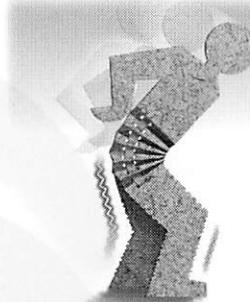
■使用上の注意

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 出血傾向のある患者 (出血を助長するおそれがある。)
- (2) 抗血小板剤、血栓溶解剤、抗凝固剤を投与中の患者〔「相互作用」の項参照〕

2. 重要な基本的注意

- (1) 腰部脊柱管狭窄症に対しては、症状の経過観察を行い、漫然と継続投与しないこと。
- (2) 腰部脊柱管狭窄症において、手術適応となるような重症例での有効性は確立していない。



3. 相互作用 併用注意 (併用に注意すること)

薬剤名	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗血小板剤 アスピリン チクロピジン シロスタゾール 血栓溶解剤 ウロキナーゼ 抗凝固剤 ヘパリン ワルファリン	これらの薬剤と併用することにより、出血傾向の増強をきたすおそれがある。観察を十分に行い、用量を調節するなど注意すること。	本剤は血小板凝集能を抑制するため、類似の作用をもつ薬剤を併用することにより作用を増強することが考えられる。

4. 副作用

(1) 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善

副作用集計の対象となった4,582例中184例 (4.02%) に249件の副作用が認められた。主なものは下痢49件 (1.07%)、悪心・嘔気・嘔吐22件 (0.48%)、潮紅・ほてり22件 (0.48%)、発疹17件 (0.37%)、腹部不快感・心窩部不快感18件 (0.39%)、腹痛・心窩部痛15件 (0.33%)、頭痛・頭重14件 (0.31%)、AST (GOT)・ALT (GPT) の上昇等の肝機能異常12件 (0.26%)、食欲不振10件 (0.22%) 等である。(再審査終了時)

(2) 後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状 (下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力の改善

副作用集計の対象となった373例中34例 (9.12%) に54件の副作用が認められた。主なものは胃部不快感8件 (2.14%)、発疹6件 (1.61%)、頭痛・頭重4件 (1.07%)、下痢4件 (1.07%)、貧血3例 (0.80%) 等である。(承認時)

分類	0.1~2%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症(注1)	発疹、痒痒感等	蕁麻疹	
出血傾向(注2)		出血	
血液		貧血	血小板減少
消化器	下痢、悪心、腹部不快感、腹痛、食欲不振、胸やけ	嘔吐、腹部膨満感、口渇、口内炎	
肝臓	AST (GOT)・ALT (GPT) の上昇等の肝機能異常		
循環器	心悸亢進	低血圧、四肢のチアノーゼ	
その他	頭痛、潮紅、ほてり、めまい	全身倦怠感、浮腫、乳腺腫脹、身ぶるい、下肢多毛、しびれ感	

注1:このような症状があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

注2:観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止すること。

※ その他の使用上の注意等詳細は添付文書をご参照ください。

禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

製造販売元 (資料請求先)
大日本製薬

〒541-0045 大阪市中央区道徳町2-6-8

2005年4月作成

- 規制区分、製造販売業者の名称および住所に関しては、2005年4月施行の改正薬事法に基づいて記載しています。
- 2007年3月末までは引き続き旧薬事法の規定に基づく添付文書を使用した製品もございますのでご了承ください。

Santen



Together

抗リウマチ剤

薬価基準収載

新発売

創薬、指定医薬品、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

メトレート錠2mg

Metolate® tablets 2mg

メトレキサート錠

■【効能・効果】、【用法・用量】、【警告、禁忌を含む使用上の注意】等については、添付文書をご参照下さい。

抗リウマチ剤

薬価基準収載

創薬、指定医薬品、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

リマチル錠100mg

Rimatil® tablets 100mg

ブシラミン100mg錠

創薬、指定医薬品、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

リマチル錠50mg

Rimatil® tablets 50mg

ブシラミン50mg錠

■【効能・効果】、【用法・用量】、【禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意】等については、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
S 参天製薬株式会社
〒100-8315 東京都中央区新富3-3-15
資料請求先: 医薬事業部 医薬情報室

抗リウマチ剤

薬価基準収載

指定医薬品、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

アザルフィジンEN錠

Azulfidine® EN tablets

サラソルスファピリジン500mg薬液錠

指定医薬品、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

アザルフィジンEN錠250mg

Azulfidine® EN tablets 250mg

サラソルスファピリジン250mg薬液錠

■【効能・効果】、【用法・用量】、【禁忌を含む使用上の注意】等については、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
S 参天製薬株式会社
〒100-8319 東京都中央区新富3-3-19
資料請求先: 医薬事業部 医薬情報室

製造販売元
Pfizer ファイザー株式会社
〒100-8327 東京都中央区代々木3-22-7

2005年4月作成
3MTL05DB5

後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者) に伴う下肢疼痛、下肢しびれ、歩行能力の改善に

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤
指定医薬品 処方せん医薬品^(注)

プロレナル[®]錠

〈リマプロスト アルファデクス錠〉

PRORENAL[®]

■薬価基準記載

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

■特徴

1. 経口投与を可能にしたプロスタグランジンE₁誘導体制剤

2. 血管に作用し、末梢循環ならびに神経組織血流量を改善する。

●血管拡張、血流・神経組織血流量増加作用
(ラット、イヌ)

3. 経口投与により、腰部脊柱管狭窄症に対する自覚症状(下肢疼痛、下肢しびれ)および歩行能力を改善するとともに閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの虚血性諸症状を改善する。

4. 副作用発現率

腰部脊柱管狭窄症 9.12% (34例/373例)

〔承認時〕

閉塞性血栓血管炎 4.02% (184例/4,582例)

〔再審査終了時〕

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

妊婦または妊娠している可能性のある婦人〔妊婦・産婦・授乳婦等への投与〕の項参照)

■効能・効果

1. 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善
2. 後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者) に伴う自覚症状 (下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力の改善

■用法・用量

1. 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善には、
通常成人に、リマプロストとして1日30μgを3回に分けて経口投与する。
2. 後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者) に伴う自覚症状 (下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力の改善には、
通常成人に、リマプロストとして1日15μgを3回に分けて経口投与する。

■使用上の注意

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

(1) 出血傾向のある患者〔出血を助長するおそれがある。〕
(2) 抗血小板剤、血栓溶解剤、抗凝固剤を投与中の患者〔相互作用〕の項参照)

2. 重要な基本的注意

(1) 腰部脊柱管狭窄症に対しては、症状の経過観察を行い、漫然と継続投与しないこと。
(2) 腰部脊柱管狭窄症において、手術適応となるような重症例での有効性は確立していない。



3. 相互作用 併用注意 (併用に注意すること)

薬剤名	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗血小板剤 アスピリン チクロピジン シロスタゾール 血栓溶解剤 ウロキナーゼ 抗凝固剤 ヘパリン ワルファリン	これらの薬剤と併用することにより、出血傾向の増強をきたすおそれがある。観察を十分に行い、用量を調節するなど注意すること。	本剤は血小板凝集能を抑制するため、類似的作用をもつ薬剤を併用することにより作用を増強することが考えられる。

4. 副作用

(1) 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善

副作用集計の対象となった4,582例中184例 (4.02%) に249件の副作用が認められた。主なものは下痢49件 (1.07%)、悪心・嘔気・嘔吐22件 (0.48%)、潮紅・ほてり22件 (0.48%)、発疹17件 (0.37%)、腹部不快感・心窩部不快感18件 (0.39%)、腹痛・心窩部痛15件 (0.33%)、頭痛・頭重14件 (0.31%)、AST (GOT)・ALT (GPT) の上昇等の肝機能異常12件 (0.26%)、食欲不振10件 (0.22%) 等である。(再審査終了時)

(2) 後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者) に伴う自覚症状 (下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力の改善

副作用集計の対象となった373例中34例 (9.12%) に54件の副作用が認められた。主なものは胃部不快感8件 (2.14%)、発疹6件 (1.61%)、頭痛・頭重4件 (1.07%)、下痢4件 (1.07%)、貧血3例 (0.80%) 等である。(承認時)

分類	0.1~2%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症(注1)	発疹、痒痒感等	蕁麻疹	
出血傾向(注2)		出血	
血液		貧血	血小板減少
消化器	下痢、悪心、腹部不快感、腹痛、食欲不振、胸やけ	嘔吐、腹部膨満感、口渇、口内炎	
肝臓	AST(GOT)・ALT(GPT)の上昇等の肝機能異常		
循環器	心悸亢進	低血圧、四肢のチアノーゼ	
その他	頭痛、潮紅、ほてり、めまい	全身倦怠感、浮腫、乳腺腫脹、身ぶるい、下肢多毛、しびれ感	

注1: このような症状があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

注2: 観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止すること。

※ その他の使用上の注意等詳細は添付文書をご参照ください。

禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

製造販売元 〔資料請求先〕
大日本製薬
〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

2005年4月作成

● 規制区分、製造販売業者の名称および住所に関しては、2005年4月施行の改正薬事法に基づいて記載しています。
● 2007年3月末までは引き続き旧薬事法の規定に基づく添付文書を使用した製品もございますのでご了承ください。



骨粗鬆症治療剤

ボナロン®錠 5mg

<アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠>

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品 (注意：医師等の処方せん・指示により使用すること)

薬価基準収載

※ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

商標 ボナロン/Bonalon® is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

製造・販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

資料請求先：学術情報部

〒100-8585 東京都千代田区内幸町2-1-1

BNT027 (KK) 0308改3 2003年8月作成



骨形成へ 新作用

骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤 薬価基準収載 **グラケー[®]カプセル 15mg** **Glakay[®] <メナテトレノン製剤>**

【禁忌】 (次の患者には投与しないこと)
ワルファリンカリウム投与中の患者

【効能・効果】

骨粗鬆症における骨量・疼痛の改善

【用法・用量】

通常、成人にはメナテトレノンとして1日45mgを3回に分けて食後に経口投与する。

【使用上の注意】

1. 重要な基本的注意

(1) 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰背痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立し、骨量減少・疼痛がみられる患者を対象とすること。
(2) 発疹、発赤、瘙痒等があらわれた場合には投与を中止すること。

2. 相互作用

併用禁忌(併用しないこと)
ワルファリンカリウム(ワーファリン)

3. 副作用

総症例1885例中、81例(4.30%)の副作用が報告されている。(承認時及び市販後第1回使用成績調査の累計)

	0.1~5% 未満	0.1% 未満	頻度 不明
消化器	胃部不快感、 腹痛、悪心、 下痢、 消化不良	口渇、 食欲不振	嘔吐、 口内炎
過敏症	発疹、 掻痒、 発赤		
精神 神経系	頭痛	ふらつき	めまい
肝臓	AST(GOT)、 ALT(GPT)、 γ-GTPの 上昇等		
腎臓	BUNの 上昇等		
その他	浮腫		

● その他の使用上の注意については添付文書をご参照ください。

製造販売元



イーサイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
<http://www.eisai.co.jp>

商品情報お問い合わせ先：
お客様ホットライン室 ☎ 0120-419-497
9~18時(土、日、祝日 9~17時)

2005年4月作成

GA0504-2

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

薬価基準収載

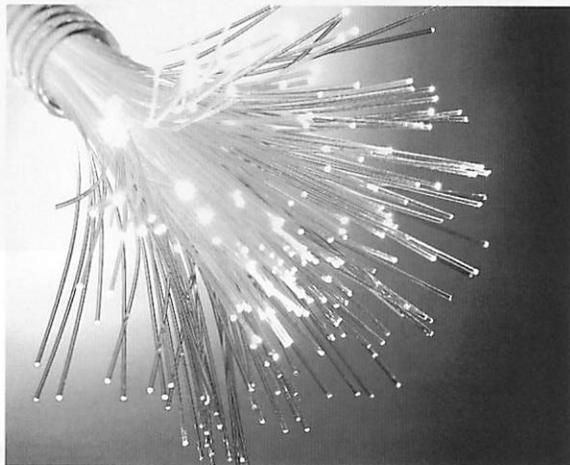
指定医薬品
要指示医薬品^{注)}

オパールモン錠[®]

OPALMON

リマプロスト アルファデクス錠

注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること。



● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等、
詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
資料請求先

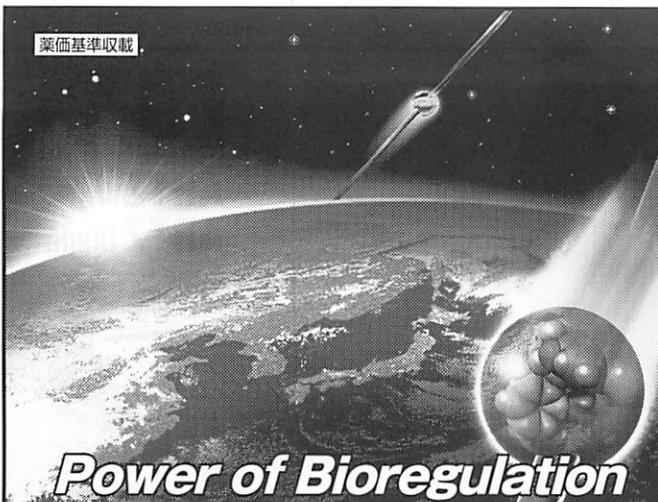


小野薬品工業株式会社

〒541-8526 大阪市中央区道修町2丁目1番5号

020901

薬価基準収載



Power of Bioregulation

胃炎・胃潰瘍治療剤

指定医薬品

ムコスタ[®] 錠100 顆粒20%

Mucosta[®] レバミピド製剤



製造販売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社
信頼性保証本部 医薬情報センター
〒101-8535 東京都千代田区神田司町2-2
大塚製薬 神田第2ビル

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

〔効能・効果〕及び〔用法・用量〕

〔効能・効果〕	〔用法・用量〕
胃潰瘍	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100:1錠、ムコスタ顆粒20%:0.5g)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100:1錠、ムコスタ顆粒20%:0.5g)を1日3回経口投与する。

〔使用上の注意〕—抜粋—

副作用

調査症例10,047例中54例(0.54%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められている。このうち65歳以上の高齢者3,035例では18例(0.59%)に副作用がみられた。副作用発現率、副作用の種類においても高齢者と非高齢者で差は認められなかった。(ムコスタ錠100の承認時及び再審査終了時)

以下の副作用には別途市販後に報告された自発報告を含む。

重大な副作用

1. ショック、アナフィラキシー様症状(頻度不明*)：ショック、アナフィラキシー様症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
2. 白血球減少(0.1%未満)、血小板減少(頻度不明*)：白血球減少、血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
3. 肝機能障害(0.1%未満)、黄疸(頻度不明*)：AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、ALPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

*：自発報告において認められた副作用のため頻度不明。

◇その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

(‘05.04作成)



Babe and Friends™ & © 2005 Universal City Studios, Inc

Ganaton[®]

消化管運動賦活剤

薬価基準収載

指定医薬品

ガナトン[®]錠50mg

塩酸イトプリド錠

「効能・効果」、「用法・用量」、禁忌を含む「使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元

アボット ジャパン株式会社
本社 東京都港区六本木1-9-9
医薬品事業部本社 大阪市中央区城見2-2-53

資料請求先：くすり相談室

〒540-0001 大阪市中央区城見2-2-53 TEL (06) 6942-2065

2005年2月作成



ARTZ®
ARTZ Dispo®

●薬価基準収載



関節機能改善剤（ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液）

指定医薬品

アルツ®

指定医薬品

アルツディスポ®

プリスター包装内滅菌済

●効能・効果、用法・用量、禁忌、
使用上の注意等の詳細は、製品
添付文書をご参照ください。

【製造元】



生化学工業株式会社
東京都中央区日本橋本町2-1-5

発売元

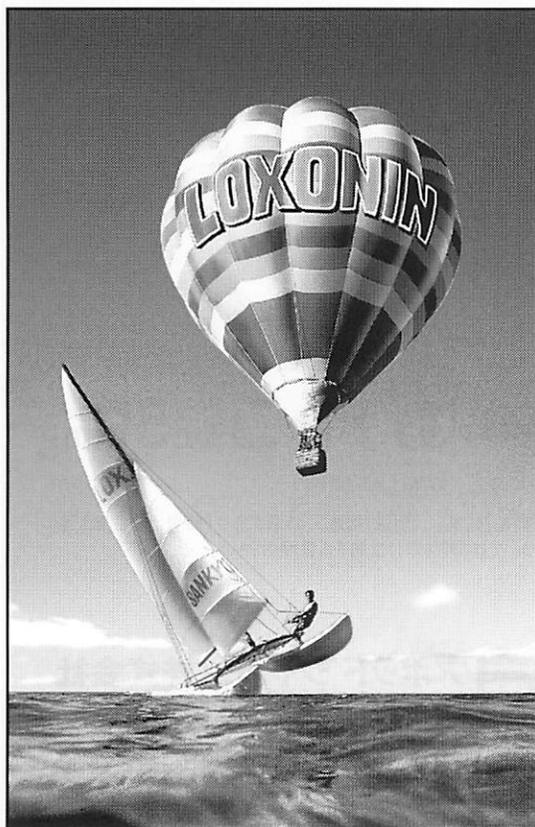
【資料請求先】



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2002年12月作成) 02Z



鎮痛・抗炎症・解熱剤

ロキソニン®

錠 / 細粒

劇薬・指定医薬品 一般名：ロキソプロフェンナトリウム

■薬価基準収載

効能・効果、用法・用量、及び禁忌を含む
使用上の注意等は添付文書をご覧下さい。



製造販売元（資料請求先）

三共株式会社

SANKYO 〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

05.5(七)



持続性抗炎症・鎮痛剤 《ナブメトン錠》

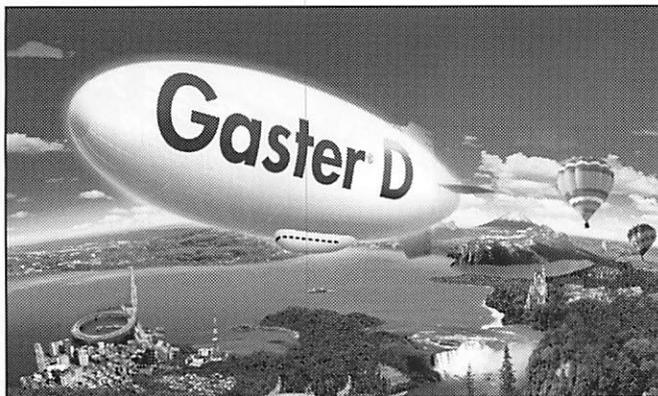
指定医薬品
レリフエン®錠
 RELIFEN RELIFEN 400 薬価基準収載

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意につきましては添付文書をご参照ください。

製造販売元
株式会社 三和化学研究所
 SSK 本社/名古屋市東区東外堀町35番地 〒461-8631
 ●ホームページ <http://www.skk-net.com/>
 提携 **グラクソ・スミスクライン株式会社**

資料請求先・問い合わせ先
 コンタクトセンター
0120-19-8130
受付時間 月～金 9:00～17:00(祝日は除く)

2003年7月作成



 **astellas**

H₂受容体拮抗剤
 ファモチジン口腔内崩壊錠



指定医薬品

薬価収載

ガスター®D錠 10mg
 20mg



●禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
 東京都板橋区蓮根3-17-1

[資料請求先] 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

05/4作成.B5/A.01

2005年4月1日、山之内製薬と藤沢薬品は、アステラス製薬になりました。

エスポーシリンジ



ヒト エリスロポエチン製剤

生物由来製品、劇薬、指定医薬品、要指示医薬品

(注意-医師等の処方せん・指示により使用すること)



エスポー®皮下用 6000-9000-12000-24000 シリンジ

薬価基準収載 一般名：エポエチンアルファ(遺伝子組換え)

<http://www.Kirin smile.com/>

2004年7月作成

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む
使用上の注意等につきましては添付
文書をご参照ください。

製造販売元 資料請求先
麒麟麦酒株式会社
〒048-188 東京都中央区新川1-10-1

新発売
口腔内速溶錠
レディタブ錠

(錠剤はイメージ図)

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等
につきましては、製品添付文書等をご参照下さい。

指定医薬品 処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)
持続性選択H₁受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤 薬価基準収載

クラリチン®錠 10mg
レディタブ®錠 10mg

ロラタジン錠 / ロラタジン口腔内速溶錠 *Claritin® / Claritin RediTabs®*

発売元 [資料請求先]
シオノギ製薬
大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045
電話0120-956-734 (医薬情報センター)
<http://www.shionogi.co.jp/med/>
製造販売元
ジェリング・プラウ株式会社
〒541-0046 大阪市中央区平野町2-3-7

2005年4月作成B52 ®:登録商標



■ 効能・効果、用法・用量、使用上の注意につきましては製品添付文書をご参照ください。



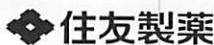
骨代謝改善剤

薬価基準収載

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品（注意—医師等の処方せん—指示により使用すること）

ダイドロネル錠200

Didronel[®] エチドロロン酸 ニナトリウム錠



住友製薬

製造発売元（資料請求先）
住友製薬株式会社

〒541-8510 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

Trademark and product under license from Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., U.S.A.

〈製品に関するお問い合わせ先〉

くすり情報センター

TEL:06-6229-5600

受付時間：月～金 9:00～17:30（夜間・休日を除く）
<http://e-medicine.sumitomopharm.co.jp>

REMICADE



抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤

薬価基準収載

レミケード点滴静注用100

REMICADE[®] for I.V. Infusion100

インフリキシマブ（遺伝子組換え）製剤

生物由来製品 劇薬 指定医薬品 処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）



輸入販売元（資料請求先）

田辺製薬株式会社

〒541-8505 大阪市中央区道修町3丁目2番10号
<http://www.tanabe.co.jp/>

製造元



Centocor

マルバーン/ペンシルバニア州（アメリカ）

※ 効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。2005年4月作成



非ステロイド性消炎・鎮痛剤 薬価基準収載

モービック[®] 錠 5mg・10mg

Mobic[®] Tablets 5mg・10mg (メロキシカム製剤)

劇薬 / 指定医薬品

※効能・効果、用法・用量、禁忌および使用上の注意等については添付文書等をご参照ください。



販売元



第一製薬株式会社

資料請求先
〒103-8234 東京都中央区日本橋三丁目14番10号
ホームページアドレス
<http://www.daiichipharm.co.jp/>

製造販売元



Boehringer
Ingelheim

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社
東京都千代田区猿樂町2丁目8番8号

BENET[®]

骨粗鬆症治療剤

劇薬 指定医薬品 処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること。)

ベネット[®]錠 2.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠

Benet

■効能・効果、用法・用量、禁忌・使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

■薬価基準：収載

Trademark and product under license from Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., U.S.A.

〔資料請求先〕

製造販売元



武田薬品工業株式会社
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
<http://www.takeda.co.jp/>

提携

Wyeth

ワイス株式会社
〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目10番3号

(0503)

鎮痛・消炎パップ剤

薬価基準収載

MS冷シップ「タイホウ」 MS温シップ「タイホウ」

MS reishippu「TAIHO」サリチル酸メチル配合外用剤

MS onshippu「TAIHO」サリチル酸メチル・トウガラシエキス配合外用剤



販売元 **大鵬薬品工業株式会社**
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
<http://www.taiho.co.jp/>

製造元 **岡山大鵬薬品株式会社**
〒705-8555 岡山県備前市久々井字沖1775-1



骨粗鬆症治療剤
指定医薬品、要指示医薬品*

薬価基準収載

エビスタ®錠 60mg

塩酸ラロキシフェン錠

*注意—医師等の処方せり、指示により使用すること

EVISTA

※「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等詳細については、添付文書をご参照ください。



発売元 (資料請求先)



中外製薬株式会社
〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-9

Roche ロシュ グループ

製造・輸入発売元 (資料請求先)



日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

2004年5月作成



筋肉のけいれんを伴う痛みに

シャク ヤク カン ソウ トウ ⑥⑧ ツムラ芍薬甘草湯 エキス顆粒(医療用) (薬価基準収載)

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. アルドステロン症の患者
 2. ミオパシーのある患者
 3. 低カリウム血症のある患者
- [1~3:これらの疾患及び症状が悪化するおそれがある。]

効能又は効果

急激におこる筋肉のけいれんを伴う疼痛

用法及び用量

通常、成人1日7.5gを2~3回に分割し、食前又は食間に経口投与する。なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

(用法及び用量に関する使用上の注意)
本剤の使用にあたっては、治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

使用上の注意(抜粋)

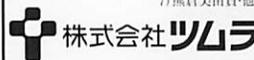
1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 高齢者(5.高齢者への投与の項参照)
2. 重要な基本的注意 (1)本剤の使用にあたっては、患者の証(体質・症状)を考慮して投与すること。なお、経過を十分に観察し、症状・所見の改善が認められない場合には、継続投与を避けること。(2)本剤にはカンゾウが含まれているので、血清カリウム値や血圧値等に十分留意し、異常が認められた場合には投与を中止すること。(3)他の漢方製剤等を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。4. 副作用 本剤は使用成績調査等の副作用発現頻度が明確となる調査を実施していないため、発現頻度は不明である。(1)重大な副作用 ①偽アルドステロン症・低カリウム血症、血圧上昇、ナトリウム・体液の貯留、浮腫、体重増加等の偽アルドステロン症があらわれることがあるので、観察(血清カリウム値の測定など)を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、カリウム剤の投与等の適切な処置を行うこと。②うつ血性心不全、心室細動、心室頻拍(Torsades de Pointesを含む)、うっ血性心不全、心室細動、心室頻拍(Torsades de Pointesを含む)があらわれることがあるので、観察(血清カリウム値の測定など)を十分に行い、動作、息切れ、倦怠感、めまい、失神等の異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。③ミオパシー：低カリウム血症の結果としてミオパシーがあらわれることがある。また、脱力感、筋力低下、筋肉痛、四肢痙攣・麻痺等の横紋筋融解症の症状があらわれることがあるので、CK(CPK)上昇、血中及び尿中のオクタロビン上昇が認められた場合には投与を中止し、カリウム剤の投与等の適切な処置を行うこと。(2)その他の副作用 過敏症：発疹、発赤、掻痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。5. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量など注意が必要である。6. 妊婦・産婦、授乳婦等への投与 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。7. 小児等への投与 小児等に対する安全性は確立していない。(使用経験が少ない)

*その他の使用上の注意、組成・性状等は製品添付文書をご覧ください。

参考

- 肝硬変、糖尿病、脊椎疾患、脳血管障害、血液透析などに伴う痛性筋痙攣(こむら返りなど)に対し、効果があります^{1)~7)}。
- 痙攣モデル(ラット)における筋疲労抑制作用を有します*。
- 主な副作用はうつ血性心不全、心室細動、心室頻拍、偽アルドステロン症、ミオパシーなどです。
- 一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量など注意が必要です。
- 本剤の使用にあたっては、治療上必要最小限の期間の投与にとどめて下さい。

【文献】 1)鹿川 幸・他:臨床医薬, 15(3)499(1999) 2)吉田麻美・他:神経治療学, 12(6)529-533(1995) 3)三浦義孝:日本東洋医学雑誌, 49(5)865-869(1999)
4)村上元康・他:痛みと漢方, 5:11-16(1995) 5)橋爪圭司・他:漢方と最新治療, 7(3)259-264(1998) 6)阪本次夫・他:日本東洋医学雑誌, 45(3)563-568(1995)
7)橋本美由貴・他:透折ケア, 6(2)179-183(2000) 8)中井由佳・他:和漢医薬学雑誌, 13(4)356-357(1996)



資料請求 弊社MR(医薬情報担当者)、または下記住所宛ご請求下さい。

●本社: 〒102-8422 東京都千代田区二番町12番地7 <http://www.tsumura.co.jp/>

(2002年3月制作)

■禁忌、使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。

AQ-0681

血行促進・皮膚保湿剤

薬価基準収載

ビーソフテン[®]ローション

BESOFTEN[®] LOTION

〈ヘパリン類似物質ローション〉



“ロングノーズタイプ”



“エンボスチューブ”

血行促進・皮膚保湿剤

ビーソフテン[®]軟膏

BESOFTEN[®] OINTMENT

〈ヘパリン類似物質軟膏〉

「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

発売元【資料請求先】

テイクメディックス株式会社
東京都中央区日本橋富沢町9番19号

製造元

太田製薬株式会社
埼玉県さいたま市西区三条町51番地

2004年10月作成

大阪府、大阪市、指定

土井義肢製作所

〒540-0003

大阪府中央区森の宮中央2-8-12

TEL 06(6943)6567

FAX 06(6943)6878

腰痛症、頸肩腕症候群
変形性関節症、肩関節周囲炎
帯状疱疹後神経痛の
長引く痛み、神経因性疼痛に

ノイトロピン錠はNSAIDsとは異なる鎮痛機序、臨床特性を持ち、難治性疼痛治療薬の一つに位置づけられています。



指定医薬品

下行性疼痛抑制系賦活型
疼痛治療剤(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)

ノイトロピン®錠

ワクシニアウイルス接種家畜炎症皮膚抽出液含有製剤
〈薬価基準収載〉

【効能・効果】

腰痛症、頸肩腕症候群、変形性関節症
肩関節周囲炎、帯状疱疹後神経痛

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

帯状疱疹後神経痛に用いる場合は、帯状疱疹発症後6ヵ月以上経過した患者を対象とすること。(帯状疱疹発症後6ヵ月未満の患者に対する効果は検証されていない。)

【用法・用量】

通常、成人には1日4錠を朝夕2回に分けて経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

帯状疱疹後神経痛に対しては、4週間で効果の認められない場合は漫然と投薬を続け
ないよう注意すること。

禁忌(次の患者には投与しないこと)：本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

※「使用上の注意」などについては添付文書をご参照ください。

日本臓器製薬

資料請求先：日本臓器製薬株式会社 学術部

〒541-0045 大阪府中央区平野町2丁目1番2号 ☎06-6203-0441



グラナス TM-5702

「V:1/fゆらぎ」「ダブルスパイク波」2つの新機能が
S.S.P.療法の鎮痛効果をより一層高めます。

タッチパネル付きTFTカラーLCDを採用し、使いやすさを追求した最新鋭の
S.S.P.療法器グラナスが誕生。

1976年、日本メディックスと大阪医科大学麻酔科との共同研究の上、開発さ
れたS.S.P.電極。その独特な形の金属電極を用いた治療法は、20年以上の
臨床研究と治療効果により、幅広い分野で認められ、今や痛みに対しての刺
激療法の代名詞となりました。

操作性を高めたタッチセンサーパネル

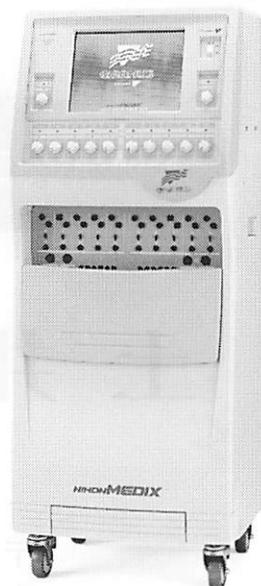
画面を指でタッチするだけで治療設定、操作が可能、今までにない使いやすさを実現しました。

出力電流に「1/fゆらぎ」、「ダブルスパイク波」の採用

- 従来「1/fゆらぎ」を治療周波数変動に使用していましたがグラナスでは、出力電流にも採用、より自然界に近いリズムになりました。
- 従来の50 μ sのシングルスパイクの前に20 μ sの出力波形を追加したダブルスパイク波形を採用、疼痛閾値が上がり今まで以上に多くの電流が流せるのでより効果的な治療が行えます。

治療タイマー切替

グラナスでは、各チャンネルごとに独立タイマーを採用。さらに治療タイマーパターンによりチャンネルのグループ化が可能になりました。



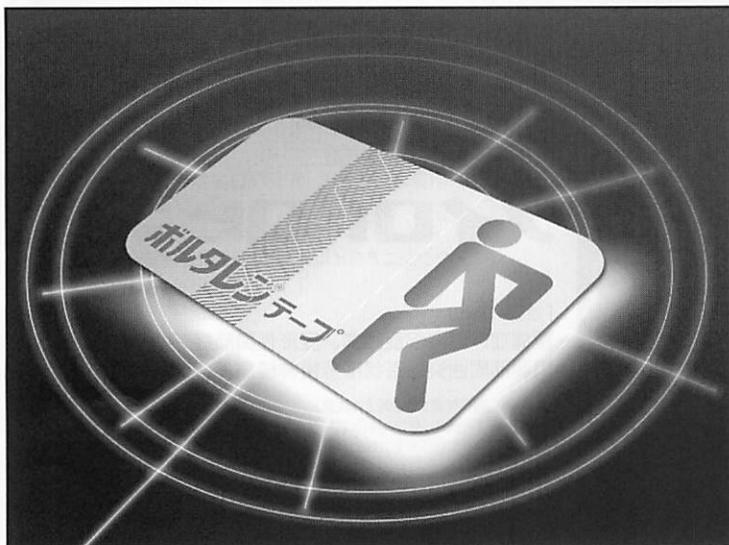
承認番号：21500BZZ00651000



株式会社日本メディックス www.nihonmedix.co.jp

〒271-0065 千葉県松戸市南花島向町315-1
☎ 047-368-8714 FAX.047-368-1535

大阪支店 ☎06-6369-1201(代) 九州支店 ☎092-571-8258(代) 名古屋支店 ☎052-704-1616(代) 札幌営業所 ☎011-787-1182(代) 仙台営業所 ☎022-288-2955(代)
 盛岡出張所 ☎019-699-1201(代) 新潟出張所 ☎025-230-3655(代) 埼玉営業所 ☎048-767-1681(代) 千葉営業所 ☎047-703-1750(代) 東京営業所 ☎03-5689-4611(代)
 多摩出張所 ☎0422-70-5721(代) 横浜営業所 ☎045-911-8421(代) 長野出張所 ☎0263-29-0862(代) 金沢営業所 ☎076-222-3811(代) 京都営業所 ☎075-353-4822(代)
 神戸営業所 ☎078-252-2336(代) 広島営業所 ☎082-238-7988(代) 高松営業所 ☎087-868-4323(代) 岡山出張所 ☎086-902-5411(代) 鹿児島出張所 ☎099-286-1081(代)
 柏工場 ☎04-7193-3333(代) 埼玉物産センター ☎048-766-2669(代)



●禁忌、効能・効果、用法・用量、
使用上の注意については、製品
添付文書をご覧ください。

経皮鎮痛消炎剤

薬価基準収載

ボルタレンテープ®
 指定医薬品
Voltaren® Tape ジクロフェナクナトリウムテープ

販売

(資料請求先)

ノバルティス ファーマ株式会社
 〒106-8618 東京都港区西麻布 4-17-30

NOVARTIS DIRECT

☎0120-003-293

受付時間：月～金 9:00～18:00
www.voltaren.jp

製造販売
同仁医薬化工株式会社



骨粗鬆症治療薬

フォサマック錠5

アミノプロピオン酸ナトリウム水和物 錠5

Fosamac[®] Tablets -5

【重要】 骨粗鬆症治療薬。服用方法、薬量、注意、副作用等の説明書が添付されています。併用する他の薬品との相互作用に注意してください。＜薬価基準収載＞

【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】
等については、製品添付文書をご参照ください。

【資料請求先】

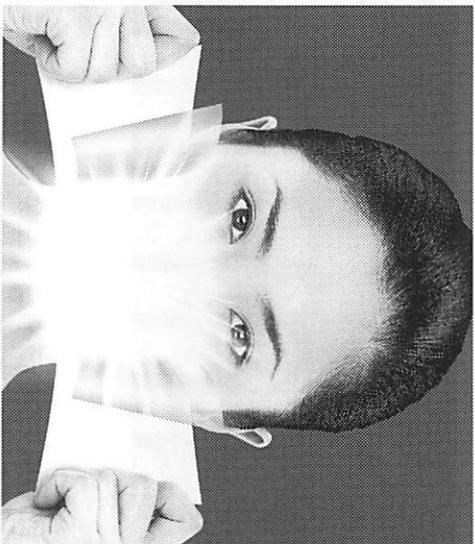


BANYU 万有製薬株式会社

A subsidiary of Merck & Co, Inc. 〒103-8415 東京都中央区日本橋本町2-3
Whitehouse Station, N.J., U.S.A. 本一ビルディング <http://www.banyu.co.jp/>

® Trademark of Merck & Co, Inc. Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
2004年11月作成 10-00F-SM04-J-4725U

MOHRUS



〔薬価基準収載〕

指定医薬品
経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン貼付剤

モーラス®

資料請求先

久光製薬株式会社

学術部 〒100-6221

東京都千代田区丸の内1-11-1

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照下さい。

2005年5月作成

Hisamitsu

薬価基準収載

疼痛性・アレルギー性疾患治療剤
生物由来製品 指定医薬品 処方せん医薬品

ローズモルゲン[®]注

〔組成〕

1管(3mL)中 FN原液「フジモト」3.0mL(ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液3.6単位)

〔効能・効果〕

腰痛症、頸肩腕症候群、症候性神経痛、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、蕁麻疹)に伴う痒痒、アレルギー性鼻炎

〔用法・用量〕

通常成人、1日1回3mL(1管)を皮下、筋肉内又は静脈内に注射する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

●その他の使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。
また、使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

製造販売 株式会社フジモト・ダイアグノスティクス

〔資料請求先〕藤本製薬株式会社 医薬情報室
〒100-0005 東京都千代田区丸の内1丁目1番1号(パレスビル)

腰痛症
頸肩腕症候群
症候性神経痛



皮膚疾患(湿疹・
皮膚炎、蕁麻疹)
に伴う痒痒



アレルギー性鼻炎

Hj



15員環マクロライド系抗生物質製剤

ジスロマック[®]

アジスロマイシン 水和物(略号:AZM)

指定医薬品 要指示医薬品 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

錠250mg
細粒小児用
カプセル小児用100mg

薬価基準収載

—Life is our life's work—
生命を守るのが私たちの使命です。

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
資料請求先: マーケティングサービス部

■効能・効果、用法・用量および禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

2003年8月作成

TLC

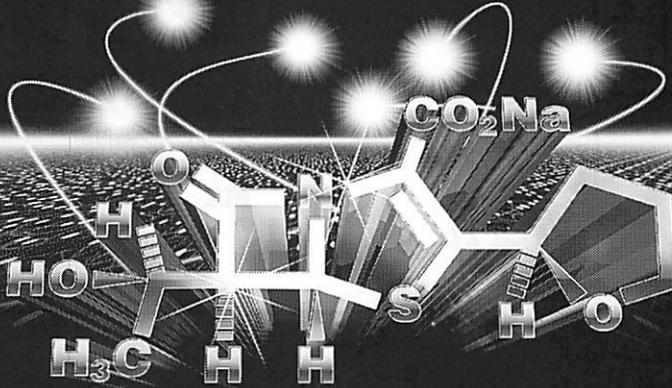
経口用ペネム系抗生物質製剤

薬価基準収載

指定医薬品
要指示医薬品*

ファロム[®]錠 150mg 200mg

Farom[®] Tab.: ファロペネムナトリウム (略号: FRPM) ※注意—医師等の処方せん・指示により使用すること



●効能・効果、用法・用量、禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

販売 **maruho** マルホ株式会社
[資料請求先]
大阪市北区中津1-5-22 〒531-0071

製造 **第一サントリーファーマ株式会社**
東京都千代田区麹町5-7-2

(2005.4作成)

5-HT₂ブロッカー

アンブラグ[®]錠 50mg・100mg 細粒10%



塩酸サルボグレラート錠・細粒

ANPLAG[®] Tablets, Fine granules

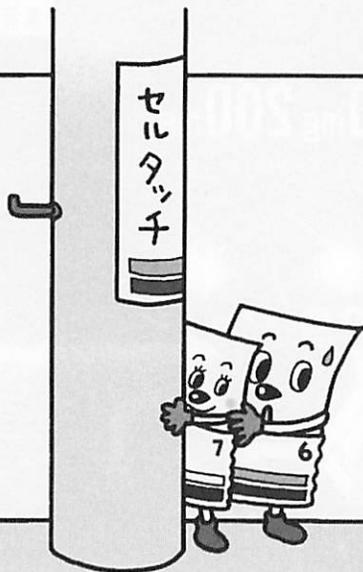
指定医薬品 薬価基準収載



※〈禁忌〉〈効能・効果〉〈用法・用量〉
〈使用上の注意〉等の詳細については、
製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
三菱ウエルファーマ株式会社
大阪市中央区平野町2-6-9
(資料請求先) 製品情報部
〒541-0047 大阪市中央区淡路町2-5-6

(B5 1/2) 2005年4月作成



経皮吸収型鎮痛消炎剤(無臭性)

指定医薬品

セルタッチ[®]

SELTOUCH[®]

フェルピナク貼付剤

薬価基準収載

注意 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、添付文書をご参照ください。

2005年4月作成

製造販売元

帝國製薬株式会社
 〒769-2601 香川県東かがわ市三本松567番地

発売元 (資料請求先)
Wyeth **ワイズ株式会社**
 〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目10番3号

販売

武田薬品工業株式会社
 〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号



DTP: パソコンで編集したものをダイレクトに印刷物にします!!



大曾印刷株式会社

大阪市鶴見区鶴見5丁目2番6号
 電話 06-6931-6719・FAX 06-6933-8105

旭化成ファーマ

新登場!!



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

エルシトニン®注20S デイスポ

Elcitonin® Inj. 20S Dispo

劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品※ (エルカトニン注射液)

※注意—医師等の処方せんにより使用すること。

「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等、詳細については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)

旭化成ファーマ株式会社

医薬学術統括部：東京都千代田区神田美土代町9番地1

H17.04